Майкл Д. Япко

ВВЕДЕНИЕ В ГИПНОЗ

Москва
ИВЦ «Маркетинг» 2002
УДК 615.851 ББК 53.57 Я69
Я69 Майкл Д. Япко. Введение в гипноз. Практическое руководство. Методическое пособие для слушателей курса «Психотерапия». М.: Центр психологической культуры, 2002, 191 с.
УДК 615.851 ББК 53.57
ISBN 5-7856-0252-0

Памяти моей бабушки Молли Купер, которая всегда нам
помогала и моих дедушек Бетти и Сола Кемп, понимающих
чудесный мир сказок и лакомств. Благодаря всем им мне есть
что вспомнить

Выражаю признательность Меган Ли Горовитц, благодаря которой у меня есть к чему стремиться мыслями в будущем.

ВСТУПЛЕНИЕ

Когда Натали Гилман редактор издательства Брун-нер/Мазель Паблишере, рассказала мне о запланированной новой серии Basic Principles Into Practices (Основные принципы на практике), описав ее как собрание материалов, знакомящих с различными темами психотерапии, которые одинаково смогли бы стать источником знаний как для начинающих так и повтором для уже практикующих, я решил что это отличная идея. В настоящее время на любую тему можно получить такое множество информации, что обобщенный обзор кажется идеальным способом, для того чтобы представить основы данной области. Такая методика не перегрузит избыточной информацией.

Так возникла эта книга. В сжатой форме она ознакомит читателя с темой, раскрывая множество разнообразных клинических проблем, приглашая их критически оценить, укажет подходящие методы и их применение.

При написании я в значительной степени использовал свою, более раннюю работу Trancework (Трансовая работа). В данной книге добавлено несколько новых глав, однако я всегда имел в виду рекомендации издательства относительно компактности, которая должна характеризовать общую серию Basic Principles Into Practices.

Гипноз — восхитительная тема. Если опустить таинственность, какую ей приписывает большинство людей, и видеть в нем удобный инструмент для широкого клинического использования,
то эта тема как мне кажется получит большую привлекательность. Уже сама возможность оживить воспоминания или освободиться от чувствительности тела, так чтобы можно было проводить хирургические операции без использования анестетических средств, поражает. Гипноз это необыкновенно динамичная и разнородная область знаний, находящаяся в постоянном развитии. Я надеюсь, что благодаря этой книге вы поймете, какие серьезные и чудесные возможности предлагает она психотерапии.

Доктор Майкл Д. Япко Солана Бич, Калифорния

часть 1

ПРИНЦИПЫ

Глава 1

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕМЫ

В данной книге я не намерен представлять гипноз как сенсацию , а также уверять что это панацея от всех болезней. Я хотел бы показать клинический гипноз в виде специфической системы коммуникации, которая учит, тому как слова могут лечить. Клинический гипноз позволяет проследить, как люди подстраивают реальность под собственные нужды, а также найти методы более эффективного сотрудничества с отдельными лицами. Обучиться гипнозу это один из способов повысить свои терапевтические способности, которые повысят качество терапевтической работы. Однако прежде всего гипноз может стать мощным средством, служащим созданию у клиентов самодостаточности и независимости, уверенности в себе и повысить

самооценку.
Клинический гипноз это умение, основанное на использовании соответствующих слов и жестов для достижения конкретных результатов. В книге мы заостряем внимание на применение процесса гипноза как основного фактора успешной коммуникации и изменений. Мы не акцентируем внимание на значении инициации и ритуалов в гипнозе, подчеркивая прежде всего необходимость быстрой оценки нужд отдельных клиентов, чтобы соответственно отреагировать на них.
Не многие отрасли могут похвастаться такой бурной историей как гипноз. В различных формах он существовал тысячи лет тому назад. Некоторые люди частично принимают его, другие полностью отрицают. Гипнотизеры всегда использовали определенные ритуалы (техники) и сильно перегибали с этим, но их понимание о том как влияют их действия на подопытных было относительно небольшим. При растущей сейчас акцептации гипноза и все более широком его применении, необходимость в сознательном подходе к этой теме, кажется большей чем когда - либо.
Когда я говорю, что пользуюсь гипнозом как терапевтическим методом в клинической практике, типичная реакция, с которой я встречаюсь это одновременное восхищение и скептицизм. Почти все имели более или менее непосредственный опыт, связанный с гипнозом, предполагая, что мои занятия, в принципе ничем не отличаются от действий других людей, использующих техники гипноза. Немногие имели такую встречу с гипнозом, какая дала бы им возможность различать его типы и области применения. Клинический гипноз принципиально отличается от экспериментального, спортивного или эстрадного гипноза. Отдельные терапевты пользуются этой техникой по разному. Существует определенный недостаток в практике терапевтического гипноза — люди слишком часто убеждены что "гипноз это просто гипноз" и ищут предложения обещающего больше за меньшую цену. А обещания иногда бывают просто скандальными!
Однако такой подход можно умело использовать. Сотрудничая с человеком, ищущим информацию о гипнозе вообще или касательно моей работы, я могу помочь получить знания необходимые для принятия обдуманных решений. Принципиальным вопросом для каждого профессионала должна быть уверенность в том, что его клиент полностью осознанно решился на конкретный способ лечения. Если кто-то не задает вопросов, это по крайней мере не означает что у него нет сомнений, обычно такой человек просто не знает о чем спрашивать.
Разговаривая с клиентом о его нуждах и природе клинического гипноза, как терапевтической техники, мы можем проинформировать его. Такая информация поможет более реалистично оценить нужды; нам же это позволит получить ответ, каким образом их лучше удовлетворить. Гипноз, опирающийся на чисто внешние формы, концентрируется лишь на борьбе с симптомами (как в газетных объявлениях уверяющих "Вы бросите курить после одной сессии!"), обычно не является верным способом лечения, и все же его применяют люди, ищущие магии и пытающиеся избежать лечения, требующего усилий со своей стороны или вызывающего страх. Иногда, впрочем методы подобного типа приносят обещанный результат. Почему? Я буду писать об этом.
Представление в средствах массовой информации гипноза как эстрадного искусства (особенно в программой прямой трансляции, также в кино и телевидении) привело к олицетворению его с магическим средством, благодаря которому, при помощи мощного внушения можно сейчас же решить все проблемы. Если бы я получал по пять центов с каждого, кто утверждает что "быстрое внушение" поможет ему распрощаться с какой-нибудь привычкой, я давно стал бы миллионером! Когда я пытаюсь объяснять что все это может оказаться немного более сложным чем данный человек считает, я встречаю удивленный взгляд и вопрос: "А как это получается что на сцене гипнотизер только щелкает пальцами, а загипнотизированный делает все что ему приказывают?" Люди зачастую убеждены что всего одним простым жестом можно решить сложные проблемы; это ведет ко многим разочарованиям.
Выяснение целей и возможностей гипноза, как терапевтического метода, почти всегда приносит отрицательные результаты. Однозначная постановка этого вопроса дает понять клиентам, что нельзя рассчитывать на чудесное выздоровление, поскольку оно не возможно. Это означает, что человек должен взять на себя ответственность за собственные проблемы и принять активную позицию при их решении. Формированию ошибочных представлений о гипнозе в равной степени способствовали гипнотизеры, выступающие на сцене, как и те кто из за собственной глупости или жадности пользуется гипнозом как средством быстрого заработка. Такие люди имеют ограниченные медицинские знания и немного или ничего не знают о гипнозе, отлично однако умея в водить с заблуждения клиентов, приписывая себе необыкновенную силу.
Это лишь поверхностный обзор проблем, с которыми сталкивается клинический гипноз;

остальные мы рассмотрим в этой книге в дальнейшем. Если гипноз будет всерьез рассматриваться как способ лечения, то пропагандируя его, необходимо будет принять во внимание пользу как для клиентов так и для терапевтов. Интерес к гипнозу это хорошее начало, необходимо однако так им управлять чтобы он обратился в осознание того, что гипноз используемый в клинической практике способен предложить много новых великолепных способов работы с людьми, нуждающимися в помощи.

ЛИТЕРАТУРА

Araoz, D. (1985). The new hypnosis. New York: Brunner/Mazel.
Barber, T. (1969). Hypnosis: A scientific approach. New York: Van Nostrand Reinhold.
Brown, D., Fromm, E. (1986). Hypnotherapy and hypnoanalysis. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Cheek, D., LeCron, L. (1968). Clinical hypnotherapy. New York: Grime Stratton.
Clark, J., Jackson, J. (1983). Hypnosis and behavior therapy. New York: Springer.
Fromm, E., Nash, M. (red.). (1992). Contemporary hypnosis research. New York: Guil-ford.
Gilligan, S. (1987). Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy. New York: Brunner/Mazel.
Hammond, D. (red.). (1990). Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York: Norton.
Hilgard, E. (1965). Hypnotic susceptibility. New York: Harcourt, Brace and World.
King, M., Citrenbaum, C, (1993). Existential hypnotherapy. New York: Guilford.
Kroger, W. (1977). Clinical and experimental hypnosis in medicine, dentistry and psychology. Philadelphia: Lippincott.
O'Hanlon, W. (1987). Taproots: Underlying principles of Milton Erick-sons therapy and hypnosis. New York: Norton.
O'Hanlon, W., Martin M. (1992). Solution-oriented hypnosis. New York: Norton.
Sarbin, T., Coe, W. (1972). Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication. New York: Holt, Rinehart and Winston.
Spiegel, H., Spiegel, D. (1987). Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis. Washington, DC: American Psychiatric Press.
Weitzenhoffer, A. (1989). The practice of hypnotism, t.1-2, New York: Wiley.
Wright, M., Wright, S. (1987). Clinical practice of hypnotherapy. New York: Guilford.
Yapko, M. (1990). Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis. New York: Brunner/Mazel.
Zeig, J. (red.). (1982). Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy. New York: Brunner/Mazel.

Глава 2

С БОЛЕЕ ШИРОКОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ

Слово "гипноз" так часто использовалось, что почти лишилось всяческого значения. Если некий термин должен описывать такое множество понятий, то запутаться немудрено. Единого, общепринятого определения гипноза нет и по всей видимости мы еще не скоро дождемся такового. Также как не существует единой теории, которая была бы в состоянии описать все аспекты гипноза. Некоторые известные теоретики, ученые и практики, видя эту проблему, рекомендуют посвятить больше внимания вопросам природы явления гипноза (Hall, 1989; Hilgard, 1973, 1991; Lynn, Rhue, 1991; Rossi, 1993).

Тот факт что слово "гипноз" относиться к такому множеству видов разнородного опыта, убеждает среднего человека в том что "гипноз это гипноз", независимо от ситуации где он применяется. Часто также профессионалы, прошедшие необходимое обучение, не ознакомленные однако с гипнозом, скептически относятся к возможности использования его в клинических условиях. Они думают, есть ли какая - либо разница между клиническим гипнозом и теми глупостями, какие им показывают с эстрады. Сторонникам гипноза давно известны опасности, возникающие из такого положения вещей, однако термин "гипноз" все еще повсеместно используется. Однозначное определение гипноза на основе разнородных понятий и гипнотических техник является, короче говоря, довольно сложной задачей. Пытаясь решить эту неблагодарную проблему можно воспользоваться уже существующими определениями, обзор которых позволит нам понять разнообразие взглядов, существующих на эту тему. Более часто встречающиеся определения можно представить так:

1.Гипноз это направленное воображение. Гипнотизер, или другой человек (в случае гетерогипноза) или сам заинтересованный (в случае аутогипноза), действует таким образом, чтобы управлять чувствами, имеющими характер фантазии (Barber, 1979; Barber, Spanos, Chaves, 1974).

2.Гипноз это естественно измененное состояние сознания. Человек входит в гипнотическое состояние, значительно отличающееся от "нормального" состояния, в результате естественного процесса, не связанного с принятием каких либо субстанций или иного рода физического вмешательства (Ludwig, 1966; Ludwig, Levine, 1965, Tart, 1969).
3.Гипноз это состояние расслабления и особой восприимчивости к внушению. Личность достигая состояния расслабления сознания и тела, легче реагирует на предлагаемое внушение (Edmonston, 1991; Miller, 1979).
4.Гипноз это состояние интенсивной концентрации внимания на определенной идее или сенсорном раздражителе (Spigel, Spigel, 1987).
Процесс клинического вмешательства можно описать как серию контактов терапевта и клиента (Araoz, 1985; Watzlawick, 1978). Независимо от терапевтической ориентации, контакт с клиентом используется для соответствующей оценки его ситуации и как средство терапии. Терапевтический контакт воздействует на человека, который попал в трудное положение, таким образом что его чувства и поведение меняются в сторону способствующую адаптации или приносящую пользу (Zeig, Rennick, 1991)
Для меня важнейшим вопросом в отношениях с клиентом является установление контакта и взаимное влияние. Именно в этот момент вступает в действие гипноз. Если отбросить статический образ гипноза, как субъективного внутреннего состояния данного человека, сфокусировавшись на динамике интерперсонального контакта, применяемого терапевтом для воздействия на клиента так чтобы заставить его пережить внушаемый терапевтический опыт, то нам откроются совершенно новые и богатые возможности. В контактах клиента с терапевтом, или гипнотизером, есть особенные элементы позволяющие изменить субъективный опыт клиента, давая возможность возникнуть терапевтическому влиянию (Watzlawik 1985). Понимание гипноза в категориях интеракции делает ставку на успешную коммуникацию, что означает способность определять способ мышления людей, и далее вступать с ними в контакт, таким образом, чтобы увеличить шансы к достижению договоренности на одном или на многих уровнях, а в результате добиться интеграции с выразительным позитивным значением (Gilligen, 1987).
10
Когда в понимании гипноза (и терапии с его участием) мы сконцентрируемся в основном на его коммуникативном аспекте, увеличивающем силу влияния на ощущения другого человека, то видно что ритуалы и достижения отдельных уровней гипноза теряют свое значение в противовес уделению большего внимания специфическому использованию слов и жестов (Haley, 1973). Благодаря этому элементы каждого процесса коммуникации могут иметь черты гипноза, формально не являющиеся гипнозом (Watzlawik, 1985). Такой подход увеличивает потенциальную ценность изучения гипноза, для всех работающих с людьми. Даже если вы не хотите стать специалистом в гипнозе, то сможете получить пользу познавая различные аспекты успешной коммуникации. Одно неверно использованное слово (или предложение) может затруднить или сделать невозможным достижение позитивного результата лечения. В свою очередь точно использованное выражение (или фраза) может способствовать созданию атмосферы доверия, которая значительно увеличит шансы успеха.
Распознание природы интерперсонального влияния я считаю весьма важным делом. Свой курс по социальной психологии я начинаю словами: "Когда вы одни, вы можете делать то, что невозможно представить в присутствии хотя бы одного человека". (Само присутствие другого человека влияет на наше поведение. Вопрос не в том: "Влияете ли вы на людей?" — конечно влияете — а в том: "Как вы повлияете на них?". Научиться ответственно применять паттерны поведения, на других людях, одновременно уважая интеграцию тех с кем мы работаем, является настоящим вызовом. Эти паттерны касаются не только терапии или гипноза. Их можно увидеть везде где имеют место социальные контакты.) Распознание гипнотических элементов в обычной жизни это способность, позволяющая более гибко и успешно использовать гипноз (Erickson, 1958).
Я определяю клинический гипноз как процесс коммуникации который вызывает влияние, уделяя большое внимание исполнению установленных ритуалов, с целью достижения состояния, которое я называю "формальный гипноз". Растущая популярность близких к гипнозу техник, как дополнение непосредственных методов, является последствием открытия того, что человеческими ощущениями можно управлять, а гипнотические реакции возможны без применения формальной индукции (Wagstaff, 1991;
11

Watzlawick, 1985) Если гипноз в определенном смысле является ощущением, возникающем в нормальной обстановке, то роль доброго гипнотизера сводится к целенаправленному развитию гипноза вместо того чтобы ожидать его случайного возникновения. Ведь ни один гипнотизер не вызывает ощущений не входящих в сферу естественного опыта данного человека Когда я опишу явление гипноза это утверждение станет более ясным

Определение гипноза как процесса коммуникации, оказывающего влияние явно слишком обобщенно. Более точное определение — как это часто случается при попытках определить абстрактные понятия — может быть сформулировано лишь тогда когда примутся во внимание определенные переменные, появляющиеся в данном контексте Я предлагаю менее жесткое, соответствующее ситуации, определение, принимающее во внимание субъективные ощущения гипнотизируемых. Этим ощущениям будет посвящено много места в этой книге

ЛИТЕРАТУРА

Araoz, D , (1985) The new hypnosis New York Brunner/Mazei

Barber T (1972) Suggested „hypnotic' behavior The trance paradigm vs an alternative paradigm W E Fromm, R Shor (red), Hypnosis Research de velopments and peispectives (s 115-182) Chicago, IL Aldine Atherton

Barber, T Spanos, N , Chaves J (1974) Hypnotism Imagination and human potentialities Elmstord, NY Pergamon

Edmonston, W (1991), Anesis W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Current models and pei spectives (s 197-237) New York Guilford

Enckson, M (1958) Naturalistic techniques of hypnosis American Journal of Clinical Hypnosis, 1, 38

Gilligan, S (1987) Therapeutic trances The cooperation principle in Ericksoman hypnotherapy New York Brunner/Mazel

Haley, J (1973) Uncommon therapy The psychiatric techniques of Milton H Enckson, M D New York Norton

Hall, J (1989) Hypnosis A Jungian perspective New York Guilford

Hilgard, E (1973) The domain of hypnosis, with some comments on alternative paradigms, American Psychologist 28, 972-982

Hilgard, E (1991) A neodissociation interpretation of hypnosis W Lynn, S , Rhue, J (red), Theories of hypnosis Current models and perspective (s 83-104) New York Guilford

Ludwig, A (1966) Altered states of consciousness Archives of General Psychiatry, 15, 225-234

Ludwig, A , Levine, J (1965) Alterations in consciousness produced by hypnosis Journal of Nei vous and Mental Diseases, 140, 146-153

Lynn, S , Rhue, J (1991) An integrative model of hypnosis W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Current models and perspectives (s 397-438) New York Guilford

Miller, M (1979) Therapeutic hypnosis New York Human Sciences Press

Rossi, E (1983) The psychobiology of mind-body healing New York Norton

Spiegel, H , Spiegel, D (1987) Trance and treatment Clinical uses of hypnosis Washington, DC American Psychiatric Press

Tart, C (red) (1969) Altered states of consciousness A book of readings New York Wiley

Wagstaff, G (1991) Compliance, belief, and semantics in hypnosis A nonstate, socio cognitive perspective W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Current models and perspectives (s 362-396) New York Guilford

Watzlawick, P (1978) The language of change New York Basic Books

Watzlawick, P (1985) Hypnotherapy without trance W J Zeig (red), Encksonian psychothei apy, t 1, Structures (s 514) New York Brunner/Mazel

Zeig, J , Rennick, P (1991) Encksonian hypnotherapy A communications approach to hypnosis W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Current models and perspectives (s 275-302) New York Guilford

Глава 3

ВОЗНИКНОВЕНИЕ МИФА

Клинический гипноз постоянно встречается с проблемой неверной информации. Большинство такой информации легко предвидеть, что облегчает ее распознание и коррекцию. Гипноз обычно представляется как мощная форма контроля сознания и большинство недоразумений основано на таком представлении (Levitan, Jevne, 1986, Mann, 1986;Udolf, 1981; Wester, 1984).

Разговор с клиентом о его убеждениях и о том, что он ожидает от гипнотического и психотерапевтического опыта, необходим чтобы получить уверенность в том что он обладает знаниями, дающими возможность принять сознательные решения, касающиеся процесса лечения. Когда же существует опасность того, что знания клиента в данной области недостаточны, придерживающийся принципов этики компетентный профессионал может дать такому человеку столько информации, сколько будет необходимо для того чтобы он мог позитивным образом участвовать в лечении. Предполагаю, что существуют случаи в которых клиентам необходима лишь минимальная часть информации, но есть и такие, где необходимо дать множество данных. Отдельные люди имеют различные нужды, которые можно выяснить лишь благодаря беседе. Необходимо всегда помнить, что хорошо информированный клиент имеет намного больше шансов на то чтобы его терапия завершилась удачей (Kirsch, Council, 1992).

Вовлекая ищущих помощи в дискуссию о их ожиданиях и убеждениях о гипнозе, можно узнать в какой степени их знание полезно. В моей практике для этой цели я пользуются обычно тремя вопросами:

Встречались ли вы ранее с гипнозом?

Испытали ли вы его на себе или же ваша информация пришла из вторых рук?

Какое впечатление это произвело на вас?

Если клиент лично не сталкивался с гипнозом, то полезными бывают дальнейшие вопросы:

При каких обстоятельствах вы встретились с гипнозом?

Кем был гипнотизер и какая у него (у неё) была квалификация?

14

Как вам объяснили происшедшее?

Какие техники к вам применили?

Удался ли этот опыт? Почему?

Как вы себя после этого чувствовали?

Почему вы снова хотите обратиться к гипнозу?

От собранной таким образом информации зависит в значительной степени подход к клиенту. Необходимо при этом помнить, что множество вопросов зачастую утомляют и могут восприниматься как допрос, поэтому нужно быть деликатным (Erikson, Rossi, 1979; Moor, 1982).

Если у клиента не было непосредственного контакта с гипнозом, то необходимыми могут оказаться следующие вопросы:

Приходилось ли вам наблюдать демонстрацию гипноза? Слышали ли вы ранее о гипнозе?

В каком контексте?

Знаете ли вы о применении гипноза?

Знакомы ли вы с человеком, непосредственно на себе ощутившим гипноз?

Если да, то как он описывал это переживание?

Если клиент ответит на все эти вопросы, мы сможем многое узнать о его отношении к гипнозу. Станет возможным использовать его ошибочные представления, уменьшение его нереальных страхов или укрепление его позитивных убеждений (Weitzenhoffer, 1957; Zilbergeld, 1986).

Особое значение имеет вопрос о конкретной технике гипноза, с какой мог столкнуться клиент. В случае когда такой опыт не удался или оставил неприятные воспоминания, использование такой техники гарантирует неудачу. Если мы не спросили клиента о его предыдущем опыте, то рискуем случайно повторить его негативный опыт прошлого.

Если клиент сам не встречался с гипнозом то узнать его убеждения еще более существенно. Истории, которые рассказаны посторонними людьми, услышанные от тех кто "в этом разбирается", часто являются сильно преувеличенными. Многие клиенты боятся возможности того что их сознание будет "контролироваться", однако ожидая, что это как с помощью волшебной палочки приведет к достижению быстрых эффектов (Tompson, 1988).

Основной проблемой большинства клиентов, имели ли они контакт с гипнозом или нет, является вопрос "контроля". Страх данно-

15

го человека перед потерей контроля обычно является самой большой преградой, с какой может встретиться терапевт Вообще любое из распространенных ошибочных убеждений о гипнозе так или иначе связано со страхом Если его существование не учитывается и с ним не будет деликатно

проведена работа, то он осложнит или сделает невозможным достижение терапевтических успехов Убеждение в том что гипноз имеет силу отобрать самоконтроль у человека, укреплялось всевозможными, уже описанными способами Если кто-то не имел дела с терапевтическим гипнозом, который вел профессионал в дружелюбной атмосфере заботы о клиенте, то страх перед ним может ему показаться полностью оправданным (Murray-Jobsis, 1986)

ЛИТЕРАТУРА

Enckson, M , Rossi, E (1979) Hypnotherapy An exploratory casebook New York Irvington

Kirsch 1, Council, J (1992) Situational and personality correlates ot hypnotic respon-siveness W E Fromm, M Nash (red), Contemporary hypnosis research (s 267-291) New York Guiltord

Levitan, A Jevne R (1986) Patients fearful ot hypnosis W B Zilbergeld, M Edel-stein D Araoz (red) Hypnosis Questions and answers (s 81-86) New York Norton

Mann H (1986) Describing hypnosis to patients W B Zilbergeld, M Edel-stein, D Araoz (red), Hypnosis Questions and answers (s 76-80) New York Norton

Moore, M (1982) Principles of Encksoman induction of hypnosis W J Zeig (red) Encksonian approaches to hypnosis and psychotherapy (s 101-112) New York Brunner/Mazel

Murray-Jobsis, J (1986) Patients who claim they are not hypnotizable W B Zdbeigeld M Edelstem D Araoz (red), Hypnosis Questions and answers (s 91-94) New York Norton

Thompson, К (1988) Motivation and the multiple states of trance W J Zieg, S Lang-ton (red), Developing Ei iccksoman therapy Stale of the art (s 149-163) New York Brunner/Mazel

Udolt, R (1981) Handbook of hypnosis foi piofessionals New York Van Nostrand Rhemhold

Weitzenhoffer, A (1957) General teclmiques of hypnotism (s 18-28) New Yoik Grune & Stratton

Wester, W (1984) Preparing the patient W W Wester, A Smith (red) Clinical hypnosis A multidisciphnary approach Philadelphia Lippincott

Zilbergeld, B (1986) Choosing inductions W B Zilbergeld, M Edelstein, D Araoz (red), Hypnosis Questions and answers (s 103-109) New York Norton

Глава 4

ИСПРАВЛЕНИЕ ОШИБОЧНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

Определение и исправление ошибочных представлений клиента о гипнозе поможет избежать вопроса контроля, особенно если мы сфокусируем внимание на естественности гипноза, указывая примеры из обычной жизни, собственного опыта клиента (Enckson, Rossi, 1979, Golden, 1986) Стоит также подчеркнуть что у человека, которого гипнотизируют, остается определенный контроль Терапевты должны осторожно подходить к этой проблеме Замалчивание нами этой темы может усилить напряжение у ощущающего себя неуверенно клиента и создать сопротивление, разрушающее лечение Если клиент чувствует что ему угрожает потеря самоконтроля, то он обычно начинает бороться с терапевтом Желали ли бы вы быть загипнотизированными если бы считали что потеряете самоконтроль1? Поэтому необходимо приложить всяческие старания, чтобы рассеять беспокойства клиента, а контакт с ним основать на сотрудничестве (Gilhgan 1982, Grinder, Bandler, 1981), потому что нельзя выиграть с ним битву, поскольку он находится в выигрыше уже тогда, когда ничего не будет делать1

В гипнозе и психотерапии существует определенный парадокс Джей Хейли описывает его с точки зрения гипнотизера, противоречивым выражением "Я могу вас загипнотизировать только если вы сами себя загипнотизируете я смогу вам помочь только если вы сами себе поможете" Эта идея подчеркивает ответственность самого клиента и его контроль, которым он может поделиться с терапевтом Когда я говорю "Пожалуйста, я даю вам контроль над собой", то кто на самом деле кого контролирует^ Если это я, то единственное чем я занимаюсь это воздерживаюсь от принятия решений, подстраиваясь к вашим выборам Я однако оставляю свободу возвращения к выбору, всегда когда мне приходится или я хочу решать

Исправление ошибочных представлений о гипнозе рассеивают страх и неуверенность клиента, поддерживая создание реали-

стических ожиданий. Нереальные ожидания, как связанные с абсурдными желаниями о том чтобы гипноз по мановению волшебной палочки моментально решил сложнейшие проблемы, так и противоположные им, опирающиеся на убеждении о безнадежности этого дела, могут существенно понизить успешность терапии. Препятствий такого рода можно избегнуть, снабжая клиента соответствующей информацией и получая его сознательное согласие на лечение (Kroger, 1977; Spiegel, Spiegel, 1987).

Далее в этой главе описаны чаще всего встречающиеся ошибочные взгляды на клинический гипноз. Когда вы ближе познакомитесь с гипнозом, у вас почти автоматически начнется исправление этих фальшивых взглядов. Вас удивит то, как много людей, а также и гипнотизеров, находятся под их влиянием.

ОШИБОЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ: ГИПНОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ СИЛОЙ ГИПНОТИЗЕРА

В клинической практике гипнотизер может использовать способность входить в контакт, чтобы оправдать принятие внушения клиентом, но у него нет над ним контроля, выходящего за рамки того, на какой позволяет сам гипнотизируемый. Если вы позволяете кому - либо провести себя по внушаемым переживаниям, то кто в этом случае кого контролирует? Гипнотизер может управлять ощущениями клиента, но лишь в той степени в какой последний, позволит это делать. Ясно видно что контакт терапевта и клиента опирается на взаимном доверии (Gilligan, 1987; Stanton, 1985).

ОШИБОЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ:
ЗАГИПНОТИЗИРОВАТЬ МОЖНО ЛИШЬ ЛЮДЕЙ
ОПРЕДЕЛЕННОГО ТИПА

Некоторых людей труднее ввести в гипнотическое состояние нежели других, однако не столько из за их меньшей податливости индукции, сколько из за того что они боятся потерять контроль, трудностей распознания неясных внутренних состояний типа напряжения или расслабления, боязни грядущих перемен, сознания наличия не сопутствующих факторов и т.д. Определение и

решение конкретной проблемы обычно приводит к тому, что личность "трудная" для введения в гипноз, превращается в человека которого можно ввести в это состояние относительно легко (Araoz, 1985; Barber 1980).

ОШИБОЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ: ГИПНОЗУ ПОДВЕРЖЕНЫ ЛИШЬ СЛАБОВОЛЬНЫЕ ЛЮДИ

Если практически все регулярно и спонтанно входят в состояние гипноза, то не существует правдоподобных оснований утверждать, что податливость гипнозу связана с конкретными чертами характера. Этот ошибочный взгляд связан, с созданным Свен-гали образом всесильного гипнотизера: он основан на убеждении, что если гипнотизер контролирует кого-то, то такой человек частично или полностью теряет свою волю (Weitzenhoffer, 1989).

ОШИБОЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ: ЕСЛИ КТО-ТО
ОДНАЖДЫ ПОДВЕРГСЯ ГИПНОЗУ, ТО БОЛЬШЕ
НЕ В СОСТОЯНИИ УСТОЯТЬ ПЕРЕД НИМ

Эта точка зрения опирается на убеждении о том, что гипнотизер контролирует волю гипнотизируемого. И поэтому если раз "вы поддались власти гипнотизера", то теперь всегда будете в его власти. Конечно это весьма далеко от правды, поскольку процесс гипноза является интеракцией, в которой два человека сотрудничают, с целью достижения желаемого терапевтического эффекта. Если клиент по каким-то причинам не пожелает поддаться гипнозу, то его невозможно ввести в гипнотическое состояние. Гипнотический процесс полностью зависим от конкретных обстоятельств. Даже более всего податливые гипнозу клиенты могут отказаться принять внушение гипнотизера, если захотят этого. Прежний опыт гипноза, хороший или плохой, сам по себе не является определяющим фактором для вхождения в гипноз. Основные переменные влияющие на результат индукции, это связанный с конкретной ситуацией вопрос коммуникации и взаимной зависимости (Barber 1991; Diamond, 1987).

ОШИБОЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ:
ЗАГИПНОТИЗИРОВАННЫЙ МОЖЕТ ГОВОРИТЬ
ИЛИ ДЕЛАТЬ НЕЧТО ПРОТИВ СВОЕЙ ВОЛИ

Это одна из наиболее оспариваемых проблем в гипнозе. Влиять на людей помимо их воли возможно. Безусловно людьми можно манипулировать, так что они будут делать вещи, кажущиеся противоречивыми их убеждениям и позициям. Короче говоря: промывание мозгов и другие подобного рода, достойные сожаления способы воздействия на других, возможны. Однако во время терапевтических сессий, обычно не возникают условия, необходимые для возникновения столь мощного воздействия. Другими словами, контроль над кем-то возможен лишь в определенных условиях, которыми не являются элементы гипноза и они далеки от применения, согласно этике, пропагандируемой в этой книге (Weitzenhoffer, 1989).

ОШИБОЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ: ГИПНОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ОПАСНЫМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Это представление значительным образом поддерживает опасения, связанные с гипнозом.

Действительно, страх связанный с применением гипноза имеет причину, но беспокоиться нужно о другом аспекте. Нас должен волновать вопрос, кто практикует такой вид терапии и как он это делает. Гипноз сам по себе не опасен, но некомпетентный или неэтичный терапевт способен навредить своим незнанием человеческого сознания или отсутствием уважения к интегрально-сти личности (Frauman, Lynn, Brentar, 1983; Kleinhauz, Eli, MacHovec, 1986).

Если мы говорим о потенциальном эмоциональном вреде, то гипноз сам по себе его не вызывает. Проблемы этого типа возникают из тем, поднимаемых во время терапевтических сессий или же это результат неудачного ведения клиента терапевтом. Те же самые обстоятельства могут возникнуть в любом союзе, целью которого является помощь, когда одна из сторон, находящаяся в трудной ситуации ищет утешения. Не осознающий или недоученный терапевт может по недосмотру (редко, если вообще это возможно, намеренно) сделать ошибку, давая обещания, которые невозможно выполнить, неверно

20

диагностировать проблему или ее причины, или не делать вообще ничего, растрачивая лишь время и деньги клиента.

Другая сторона медали и аргумент в пользу того, чтобы поднимать квалификацию использования гипнотических техник, это значительная эмоциональная польза, которую может дать успешный гипноз. Благодаря возможности усиления самоконтроля и того что из этого следует, укрепления уверенности в себе, гипноз может стать мощным средством, служащим решению эмоциональных проблем и улучшению психического самочувствия. Ключевое значение имеют соответствующие навыки терапевта и его знания, поскольку нет сомнений в том, что все то что помогает, может и навредить.

ОШИБОЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ: ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ГИПНОТИЗЕРА НЕИЗБЕЖНА

Гипноз как терапевтический инструмент благоприятствует созданию разного рода зависимостей, по уровню не больших, нежели другие клинические средства, такие как бихевиоральный контракт, психоаналитические свободные ассоциации или тестирование уровня интеллекта. Каждый из нас, до определенной степени, нуждается в зависимости. В большей или меньшей степени мы все зависим от других, в вопросах, которые мы признаем важными для своего благополучия. Люди ищут помощи терапевта, прежде всего когда страдают и становятся податливыми к травмам. Они рассчитывают в этом случае на его помощь и опеку, надеясь получить утешение. Терапевт знает, что основной целью лечения должна быть помощь, данному человеку вернуть доверие к себе и обрести независимость. Гипноз абсолютно не должен углублять чувство зависимости от других, заставляя клиента видеть в терапевте источник решения всех своих жизненных трудностей. Правильное применение гипноза помогает клиентам в трудной ситуации обратиться внутрь себя, используя приобретенный в течении жизни опыт в терапевтических целях. Согласно этим целям (обретение независимости и использование внутренней силы) построено обучение клиента самогипнозу (Alman, Lambrou, 1992; Fromm, Kahn, 1990; Sanders, 1991; Simpkins, Simpkins, 1991).

Согласно пословице: "Если вы даете человеку рыбу, вы предлагаете ему обед, если вы учите его ловить рыбу, то обеспечите его средством к существованию", обучение самогипнозу позволяет соз-

21

дать механизм аутокоррекции, убеждающий клиентов в том, что они на самом деле обрели больший контроль над своей жизнью. А это убеждает терапевта в том что он хорошо справился со своей работой.

ОШИБОЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ: ИЗ СОСТОЯНИЯ ГИПНОЗА МОЖНО НЕ ВЫЙТИ

Гипноз это состояние концентрации внимания, направленное внутрь или наружу. Его контролирует клиент, который может инициировать или прервать этот опыт в любой момент (Kirsch, Lynn, Rhue, 1993; Watkins, 1986).

ОШИБОЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ: ВО ВРЕМЯ ГИПНОТИЧЕСКОГО ТРАНСА ЧЕЛОВЕК СПИТ ИЛИ НАХОДИТСЯ БЕЗ СОЗНАНИЯ

Гипноз не является сном! Введение в состояние гипноза напоминает сон с физической стороны (понижается активность, расслабляется мышечное напряжение, дыхание успокаивается и т.д.), но с психической стороны клиент, несмотря на расслабление, остается бодрствующим. Даже в глубоких стадиях гипноза остается определенное понимание происходящего (Weitzenhoffer, 1989). В случае спонтанных гипнотических состояний, факт наличия недремлющего сознания еще более заметен, поскольку физическое расслабление в этом случае может совершенно не наступить.

Поскольку гипноз не является сном и клиент даже в глубоком гипнозе сохраняет, до определенной степени ориентацию в окружающей реальности, терапевт не должен пользоваться такими оборотами, как: "Засните глубже".

ОШИБОЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ: ГИПНОЗ ВСЕГДА ТРЕБУЕТ МОНОТОННОГО РИТУАЛА ИНДУКЦИИ

Рассматривая коммуникационные аспекты гипноза, вы поймете что определенный его тип возникает всегда, когда клиент концентрирует внимание на идеях и чувствах, стимулируемых кон-

тактом с терапевтом. Пока ваше внимание направлено внутрь и абсорбировано неким субъективным опытом, или наружу и сконцентрировано на внешних раздражителях (которые в свою очередь ведут к внутренним переживаниям), вы находитесь в определенной степени в состоянии гипноза.

Формальная индукция не является необходимым условием возникновения гипнотического состояния. Различные классические гипнотические явления возникают обычно вне формального гипнотического переживания, в нормальных условиях (Kirsch, Council, 1992). Коммуникация вызывает условные реакции и используется, будь это в форме монотонной ритуальной индукции или спонтанной фразы, способна влиять на переживания людей, и вследствие вызывает гипнотический эффект.

ОШИБОЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ: ЧТОБЫ ВОЙТИ В ГИПНОТИЧЕСКИЙ ТРАНС НЕОБХОДИМО РАССЛАБИТЬСЯ

Гипноз был описан как состояние концентрации внимания, сила которого колеблется в зависимости от индивидуальных черт данного человека и других условий. Ранее я уже упоминал концепцию того, что гипнотическое состояние может возникнуть спонтанно в период беседы, чтения и в других неисчислимых ситуациях, связанных с концентрацией внимания. Таким образом, можно находиться в состоянии напряжения и даже глубокой неуверенности, все же оставаясь сконцентрированным, с вниманием, просто прикованным к чему-то. Физическое расслабление не является поэтому обязательным условием для гипноза (Banyai, Zseni, Tury, 1993; Mallot, 1984).

ОШИБОЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ: ГИПНОЗ ЭТО ТЕРАПИЯ

Гипноз это не терапия. Это скорее терапевтический инструмент, который можно использовать бесконечно большим числом способов. Гипноз нельзя ставить в один ряд ни с одной из областей, практической или теоретической. В широком понимании это

часть любого вида терапии и в этом смысле это составляющая каждого воздействия, в рамках которого один человек входит в контакт с другим и влияет на него (Kirsch, Lynn, Rhue, 1993, Lankton, 1982)

ОШИБОЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ: БЛАГОДАРЯ ГИПНОЗУ ЧЕЛОВЕК МОЖЕТ ВСПОМНИТЬ ВСЕ, ЧТО С НИМ КОГДА-ЛИБО СЛУЧАЛОСЬ

Терапевт должен понимать, как работает память, чтобы успешно применять этот важнейший аспект функционирования личности Сознание часто сравнивают с компьютером, где каждое воспоминание старательно сохраняется и в случае необходимости его можно извлечь Такая компьютерная метафора не кажется мне верной Мозг не работает по принципу простого поглощения ощущений и хранения их в неизмененной форме, готовых к позднейшему извлечению. Собственно, информация в памяти хранится так, как она была воспринята, поэтому она подвержена такой же деформации, что и восприятия Люди могут "помнить" события, которые никогда не происходили, сохраняя в памяти лишь отдельные фрагменты переживаний, или же различные части и обломки многих воспоминаний объединить в одно фальшивое (McCokey, 1992, Orne, 1984, Yapko, 1994) Эта тема сейчас находится в центре внимания горячей дискуссии, разделившей среду психиатров и психологов Я опишу ее в одной из дальнейших глав

ИТОГ

Ваши представления о гипнозе и сознании определяют ваши ограничения в применении гипнотических техник и в результате переносятся на клиентов Поэтому, чтобы упорядочить свои взгляды на гипноз, необходимо старательно обдумать подход к нему, как к инструменту лечения и

прочесть доступную литературу

24

ЛИТЕРАТУРА

Alman, B , Lambrou, P (1992) Self hypnosis The complete manual for health an self-change New York Brunner/Mazel

Araoz, D (1985) The new hypnosis, New York Brunner/Mazel

Banyai, E , Zseni, A , Tury, F (1983) Active alert hypnosis in psychotherapy W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis, (s 271-290) Washington, DC American Psychological Association

Barber, J (1980) Hypnosis and the unhypnotizable American Journal of Clinical Hypnosis, 23, 49

Baber, J (1991) The locksmith model Accessing hypnotic responsiveness W S Lynn, J Rhue (red) Theories of hypnosis Current models and perspectives, (s 241-274) New York Guillford

Diamond, M (1987) The interactional basis of hypnotic experience On the relational dimensions of hypnosis Internation Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 35 95-115

Enckson, M , Rossi, E (1979) Hypnotherapy An exploratory casebook New York Irvington

Fraumann, D , Lynn S , Brentar, J (1983) Prevention and therapeutic management of „negative effects in hypnotherapy W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis Washington, DC American Psychological Association

Fromm, E , Kahn, S (1990) Self-hypnosis The Chicago paradigm New Yoik Guilford

Gilhgan, S (1982) Encksonian approaches to clinical hypnosis W J Zeig (red), Encksonian approaches to hypnosis and psychotherapy, (s 87-103) New Yoik Brunner/Mazel

Gilhgan S (1987) Theiapeutic trances The cooperation principle in Encksonian hypnotherapy New York Brunner/Mazel

Golden W (1986) Another view of choosing inductions W B Zilber-geld, M Enckson, D Araoz (red), Hypnosis Questions and answers (s 110-117) New York Norton

Grinder, J, Bandler, R (1981) Trance-formations Neuro-Linguistic Programming and the structure of hypnosis, Moab, UT Real People Press

Haley, J (1963) Strategies of psychotherapy New York Grune & Strat-ton

Kirch, I, Council, J (1992) Situational and personality correlates of hypnotic responsi-veness W E Fromm, M Nash (red), Contemporary hypnosis re-seaich(s 267-291) New York Guilrord

Kirsch I, Lynn, S , Rhue, J (1993) Introduction to clinical hypnosis, handbook of clinical hypnosis W J Rhue, S, Lynn, I Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis (s 322) Washington, DC American Psychological Association

Kleinhaus, M , Eli, I (1987) Potential deleterious effects of hypnosis in the clinical setting Amencan Journal of Clinical Hypnosis 29, 3,155-159

25

Kroger, W (1977) Clinical and experimental hypnosis Philadelphia Lippnincott

Langton, S (1982) The occurence and use of trance phenomena in non-hypnotic therapies W J Zeig (red), Encksonian approaches to hypnosis and psychotherapy (s 101-112) New York Brunner/Mazel

MacHovec, F (1986) Hypnosis complications Prevention and risk management Springfield, IL C C Thomas

Malott, J (1984) Active-alert hypnosis Replication and extension of previous research Journal of Abnormal Psychology, 93, 246-249

McConkey, К (1992) The effects of hypnotic procedures on remembering The experimental findings and their implication for forensic hypnosis W E Fromm, M Nash (red), Contemporary hypnosis research (s 405-426) New York Guilford

Orne, M (1984) The use and misuse of hypnosis in court W W Wester, A Smith (red) Clinical hypnosis A mulndisciplinary approach (s 497-524) Philadelphia Lippin-cott

Sanders, S (1991) Clinical self-hypnosis The power of words and images New York Guilford

Simpkins, C , Simpkins, A (1991) Principles of self-hypnosis Pathways to the unconscious New York Irvington

Spiegel, H , Spiegel, D (1987) Trance and treatment Clinical uses of hypnosis Washington, DC American Psychiatric Press

Stanton, H (1985) Permissive vs authontatnan approaches in clinical and experimental settings W J Zeig (red), Encksonian psychotherapy, t 1, Structures (■& 293-304) New York Brunner/Mazel

Watkins, H (1986) Handling a patient who doesnt come of trance W B Zilbergeld, M Edelstein, D Araoz (red), Hypnosis Questions and answers (s 445— 447) New York Norton

Weitzenhorfer, A (1989) The practice of hypnotism (t 12) New York Wiley Yapko, M (1994)

Suggestions of abuse True and false memories of childhood sexual tiauma New York Simon and Schuster

Глава 5

ГИПНОЗ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ

То, какая концепция гипноза принимается, принципиальным образом влияет на ее позднейшее использование. В течении последних десятилетий появилось множество объяснений, противоречивой и таинственной силы, именуемой гипнозом.

Каждая из совершенствуемых годами теорий, может быть применена для описания одного или большего числа аспектов этого явления, но ни одна из них не в состоянии представить его во всей полноте Ниже я представлю наиболее известные попытки описать процессы и ощущения во время гипнотического переживания.

1. Гипноз как диссоциация личности. Принципом этой теории является наличие множества когнитивных подсистем, которыми в нормальных условиях управляет центральная структура контроля Во время гипноза эти, обычно объединенные подсистемы разделяются в различной степени, что приводит к тому что они становятся способными к независимой, многоуровневой реакции на внушение гипнотизера (Bowers, Dawidson, 1991; Ewans, 1991, Hilgard, 1977, 1979, 1986, 1991)

2. Гипноз как психологическая регрессия. Такой взгляд на гипноз характеризует его как специфическую форму психологической регрессии, состоящей в задействовании более примитивного процесса первичного мышления и усиления явления переноса относительно гипнотизера, как практически архетипического — то есть родительского авторитета (Fromm, 1992; Nash, 1987).

3. Гипноз как расслабление. Расслабление принимается за источник, из которого происходят все гипнотические явления, такие как регрессия и диссоциация (Edmonston, 1977, 1981, 1991).

4. Гипноз как явление социально-познавательное. В этом подходе гипноз не является специфическим или исключительным опытом Его определяют лишь через социальный контекст, в кото-

ром он возникает, и поведение людей, проявляющих реакции, принимаемые за гипнотические и ими самими так определяемые (Kirsch, 1991; Spanos, 1991a, 1991b, Wagstaff, 1991).

5. Гипноз как пассивное состояние. Здесь позиция клиента принимается как пассивная. Такая теория является основой авторитарного подхода большинства традиционных терапевтов. Клиентом, принимающим пассивную позицию считается тот, который позволяет терапевту управлять своим опытом, лишь незначительно проявляя собственную волю или не проявляя ее вообще. От клиента требуется наиболее полно поддаться терапевту, и тем самым играть роль второго плана. Он, в принципе, считается пассивным приемником авторитарного внушения терапевта. Неспособность клиента удовлетворить желания терапевта, относительно реакции на непосредственное внушение, принимается в данной модели за "сопротивление" (Weitzenhoffer, 1989).

6. Гипноз как исполнение роли. Неуверенность, в существовании состояния, именуемого гипнозом, провоцирует различные сомнения и спекуляции. Записи мозговых волн, анализы биохимических изменений, происходящих в организме и объективная регистрация активности нервной системы оказываются, в лучшем случае, мало практичными, при попытках определить это явление. Гипноз — состояние, по своей природе, крайне субъективное и до данного момента противостоит объективным измерениям. Поэтому некоторые теоретики (Сое, Sarbin, 1991; Sarbin, Сое, 1972) создали подробную, социально-когнитивную точку зрения, приняв, что гипноза — как специфического и измененного состояния сознания — не существует. По их мнению оно имеет место лишь тогда, когда кто-нибудь соглашается сыграть соответствующую роль. Другими словами, клиент не входит в состояние сознания, существенно отличающееся от обычного, а всего лишь играет роль, ведя себя так, как должна себя вести и выглядеть загипнотизированная личность и на этом основании исполняет внушения гипнотизера. (Япко деформировал здесь идею Сарбина и Кое. Они интерпретируют гипноз, не как role playing (играть роль), а как role taking (войти в роль). Играть роль напоминает притворство, но здесь не это имеется в виду. Прим. переводчика). Эта концепция была подкреплена результатами исследований, в которых участвовала группа людей,

проинструктированых вести себя так, как будто они загипнотизированы. Далее этих людей

смешали с группой, действительно загипнотизированных.
7. Гипноз как измененное состояние сознания. Состояние гипноза иногда также признается измененным состоянием сознания (Fromm, 1992; Tart, 1969). С такой перспективы гипноз принимается за состояние исключительное и отличное от "нормального" состояния сознания, искусственным путем создаваемое при помощи индукции, которая концентрирует внимание гипнотизируемого на внушениях, изменяя его феноменологический опыт. Такая позиция обрела популярность благодаря признанию того, что во время гипноза человек может испытать состояние, остающееся вне области его обычных возможностей. Идея измененного состояния сознания допускает такую возможность, учитывая также изменяемость результатов, получаемых в экспериментах на гипнотическую податливость. Таким образом, ключевой вопрос таков: если гипноз это измененное состояние сознания, то измененным по отношению к чему оно является? Состояние возникающее из формальной гипнотической интеракции, когда загипнотизированный воспринимает свое тело одеревеневшим, не является обычным. Конечно что-то изменилось но что и как — остается секретом. Мы уже отметили, что попытки объективно утверждать, на химическом и электрическом уровнях, о существовании гипнотического состояния оказались полной неудачей, в связи с этим отдельные исследователи начали говорить о естественном, бытовом, повседневном измерении гипнотических явлений (Erickson, Rossi, 1979; Zeig, 1991).
8. Взгляд на гипноз с точки зрения анализа реальности. Использование обратной связи между чувствами и нашим контактом с внешним миром это процесс, обычно называемый "тестированием реальности". В основном он настолько неосознан, что принимается нами как обычная вещь. Сторонники этой теории считают, что когда вы входите в состояние гипноза и остаетесь в нем, проходящий непрерывно процесс тестирования реальности, существенно ограничивается. Переставая на определенное время пользоваться обратной связью с миром, человек остается ориентированным лишь на свои внутренние переживания. Характерным для большинства видов гипнотического опы-
29
та является переживание его, концентрируясь внутри себя (хотя возможна также концентрация и на внешних раздражителях), сдерживая объективное тестирование реальности, мы находимся в состоянии принять любую реальность. Внушаемая реальность, как и каждая другая реальность, в какую мы верим, независимо от того является ли она реальной или фальшивой, определяет количество и качество бихевиоральных и эмоциональных реакций (Lynn, Rhue, 1991; Shor, 1959).
9. Слова и опыт, как раздражители вызывающие условную реакцию. Перед вами книга, состоящая из страниц, заполненных черными печатными знаками в различных конфигурациях. Образцы конфигураций формируют то, что распознается вами (после многих лет обучения) как слова. Читая слова в постоянном порядке, слева направо, вы придаете им значения, опираясь на собственный опыт. Выражения, напечатанные на этой странице, абсолютно ничего не будут означать для вас, пока вы не придадите им значения, а они могут возникнуть лишь из вашего опыта добывания знаний о том, что эти слова означают. Здесь основным является факт того, что придавая словам значения, вы используете свой индивидуальный опыт. Таким образом, одно и то же слово неизбежно будет означать различные вещи для разных людей. Эти различия сильнее заметны на примере абстрактных слов. Слова это условные раздражители, представляющие внутренние переживания. Жесты также условные раздражители, приобретающие значения в процессе учебы. Слова и жесты имеют те значения, которые выучил данный человек. Таким образом, носителем значения является человек, не слово. Каждая личность это индивидуальность, контактирующая лишь ей свойственным образом. Поэтому успешная гипнотическая коммуникация позволяет интерпретировать то, что внушает терапевт и собственным неповторимым образом реагировать на это (Bandler, Grinder, 1975, 1979; Grinder, Bandler, 1976; Lankton, 1979).
10. Гипноз как результат взаимного воздействия. В традиционных методах гипноза индукция была чем-то что гипнотизер "применял" к гипнотизируемому. В стандартном, неиндивидуализированном подходе клиент вводил себя в гипноз, реагируя на безличностный характер внушений гипнотизера. Однако в подходе, ориентированном на сотрудничество, терапевт и кли-
30
ент совместно несут ответственность за гипнотический опыт, в том смысле, что оба должны внимательно реагировать друг на друга. Терапевт должен быть чувствительным к нуждам клиента, подстраивая свой подход под него, так чтобы клиент реагировал на внушаемую возможность перемен. В связи с этим обе стороны взаимозависимы. Одна подчинена другой, и в то же время

парадоксально является еще и проводником (Erickson, Rossi, 1979; Erickson, Rossi, Rossi 1976; Zeig, 1991). В концепции интеракции подчеркивается, что терапевт должен подстроиться к клиенту и уважать его. Эти факторы, однако не являются необходимыми, для возникновения гипноза. Эстрадного гипнотизера ничего не объединяет с участниками спектакля. Наверняка здесь также нельзя говорить о его деликатности и особой чувствительности к их неповторимым чертам характера и личности.

11. Биологический подход к гипнозу. Тесный контакт между сознанием и телом хорошо заметный во взаимоотношениях, основанных на гипнозе, привел к возникновению теории о биологической основе гипноза. Шпигель и Шпигель (1987) за основу гипнотической податливости приняли качество контакта между полушариями мозга. Росси (1982, 1991) пришел к выводу, что естественный биологический цикл попеременной концентрации внимания и его спада (ультрасуточный ритм), физиологически наступающий каждые от 90 до 150 минут, входит в состав суточного цикла функционирования организма (известного под названием околосуточного ритма). Ультрасуточный ритм был признан, здесь, биологической основой гипнотического состояния. Вацлавик (1978) описал гипноз как результат асимметрии полушарий мозга, имея в виду, что гипнотическая индукция ведет к ослаблению левого полушария мозга (ответственного за рациональное мышление), заставляя исполнять доминирующую роль правое полушарие (ответственное за впечатления и интуитивные процессы).

ЛИТЕРАТУРА

Bandler, R., Grinder, J. (1975). The structure of magic (t. 1). Palo Alto. CA: Science and Behavior Books.

Bandler, R , Grinder, J (1979) Frogs into princes, Moab, UT Real Peo pie Press

Bowers, K, Davidson, T (1991) A neodissociative critique of Spanos so cial-psychological model of hypnosis W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Cur tent models and perspectives (s 105-143) New York Guilford

Coe W , Sarbin, T (1991) Role theory Hypnosis from a dramaturgical and narrational perspective W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Cur rent models and prospechves (s 303-323) New York Guilford

Edmonston, W (1977) Neutral hypnosis as relaxation, American Journal of Clinical Hypnosis, 20, 69-75

Edmonston, W (1981) Hypnosis and relaxation Modern verification o fan old equation New York Wiley

Edmonston, W (1991) Anesis W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Cut rent models and perspectives (s 197-237) New York Guilford

Enckson, M , Rossi, E (1979) Hypnotherapy An exploratory casebook New York Irvington

Enckson, M , Rossi, E , Rossi S (1976) Hypnotic realities The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion New York Irvington

Evans, F (1991) Hypnotizabihtv Indyvidual differences in dissociation and the flexible control of psychological processes W S Lynn, J Rhue (red) Theories of hypnosis Cunent models and perspectives (s 144-168) New York Guiltord

Fiomm, E (1992) An ego-psychological theory of hypnosis W E Fro mm, M Nash (red), Contemporary hypnosis research (s 132-148) New York Guiltord

Grinder, J , Bandler, R (1976) The structure of magic (t 2) Palo Alto CA Science and Behavior Books

Hilgard, E (1977) Divided consciousness New York John Wiley & Sons

Hilgard, E (1979) Divided consciousness in hypnosis The implications of the hidden observer W E Fromm, R Shor (red), Hypnosis Development? in research and new perspectives (s 45-79) Chicago Aldine Atherton

Hilgard, E (1986) Divided consciousness Multiple controls in human thought and action New York John Wiley & Sons

Hilgard, E (1991) A neodissociation interpretation of hypnosis W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Current models and perspectives (s 83-104) New York Guilford

Kirsch, I (1991) The social learning theory of hypnosis W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Current models and perspectives (s 439—465) New York Guilford

Lankton, S (1979) Practical magic The clinical application of Neuro Linguistic Programming Cupertino, CA Meta Publications

Lynn, S , Rhue, J (1991) An integrative model of hypnosis W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Current models and perspectives (s 379-438) New York Guiltord

Nash, M (1987) What, if anything, is regressed about hypnotic age regression7 A review of the empirical

literature, Psychological Bulletin, 102, 42-52
Rossi, E (1982) Hypnosis and ultradian cycles A new state(s) theory of hypnosis9 Amencan Journal of Clinical Hypnosis, I, 21-32
Rossi, E (1991) The 20-mmute break Using the new science of ultradian i In tins Los Angeles Tardier
Sarbin, T , Coe, W (1972) Hypnosis A social psychological analysis of influence communication New York Holt, Rinehart & Winston
Shor, R (1959) Hypnosis and the concept of generalized reality orientation American Journal of Psychotherapy, 13 583-602
Spanos, N (1991a) Hypnosis, hypnotizabihty and hypnotherapy W C Snyder (red), Handbook of social and clinical psychology New York Elmsford Pergamon
Spanos, N (1991b) A sociocogmtive approach to hypnosis W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Cunent models and perspectives (s 324-361) New York Guilford
Spiegel, H , Spiegel, D (1987) Trance and treatment Clinical uses of hypnosis Washington, DC Amencan Psychiatric Press
Tart, C (red) 1969 Altered states of consciousness A book of readings New York John Wiley & Sons
Wagstatt, G (1991) Compliance, belief and semantics in hypnosis A nonstate sociocogmtive perspective W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Curt ent models and perspectives (s 362-369) New York Guilford
Watzlawick, P (1978) The language of change New York Basic Books Weitzenhotfei, A (1989) The practice of hypnotism (t 12) New York John Wiley & Sons
Zeig, J (1991) Encksoman hypnotherapy A communications approach to hypnosis W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Current models and pei spectives (s 275-300) New York Guilford

Глава 6

КОНТЕКСТ ГИПНОЗА

В своей практике мне часто приходится встречаться с вопросом: "Можно ли применять гипноз в случае...?" Гипноз может быть использован в лечении любого состояния, существенным элементом которого являются жесткие позиции.

В каждом вопросе, где принимает участие человеческое сознание, то есть практически везде, существует возможность получить позитивные результаты, благодаря применению гипноза. Помня об этом, рассмотрим определенные контексты, где гипноз может быть использован для того, чтобы легче прийти к желаемым результатам.

МЕДИЦИНСКИЙ ГИПНОЗ

Гипноз по многим причинам может стать полезным добавлением к традиционным методам лечения. Во первых, потому что он восходит к отношениям сознание - тело и роли сознания (позиции и связанные с ними эмоции) в возникновении нарушений (Barber, 1984; Cohen, Williamson, 1991; Levenson, Bemis, 1991).

Во вторых гипноз это метод, который по своей природе фокусируется на ответственности каждого человека за его хорошее самочувствие и здоровье. Применение гипноза позволяет людям почувствовать, что они способны контролировать свои внутренние ощущения (Brown, 1992; Brown, Fromm, 1987).

Отдельные случаи использования гипноза в медицинском контексте могут существенно отличаться, однако их все можно описать как способ достижения значительного контроля над физическими процессами, например уменьшением или полным исключением боли без помощи медикаментов (Chaves, 1993; Spanos, 1989).

Методы гипнотического усмирения боли в основном довольно сложны и прежде чем начать работу с подобными случаями я рекомендую приобрести солидные знания и опыт. Работу со

страдающими клиентами может вести лишь человек, имеющий соответствующую профессиональную квалификацию или тот, кто по крайней мере, постоянно может пользоваться медицинским наблюдением.

Гипноз повсеместно применяется, также как необыкновенно успешный метод лечения психических нарушений, связанных со стрессами. Обучение техникам профилактики негативного стресса, способам его распознавания, техникам релаксации а также борьбы со стрессом, входит в область воздействия, имеющей своей целью указать сверхчувствительному клиенту, как ответственно управлять своим психическим состоянием (Hammond, 1990).

Применение гипноза в лечении серьезных болезней, как воспомогательного средства, а не

заменяющего, в подходах более традиционных показало необходимость учитывать эмоциональные нужды клиента, при одновременном использовании разнородных возможностей его психики, как интегральной части терапии. Это оправдывает себя даже в случаях болезней, возникающих полностью на органической основе. Точный механизм, с помощью которого терапевт, произнося несколько фраз, может вызвать органические изменения у клиента остается неизвестным, но допускается что объяснение кроется в иммунной системе человека. Современные исследования в этой области указывают на то, что во время стресса или вскоре после него, возрастает вероятность подхватить серьезную болезнь. Считается, что стресс понижает способности естественного защитника организма — иммунной системы, позволяя размножаться болезнетворным микробам. Существует мнение о том, что гипноз укрепляет иммунные функции организма и способен играть вспомогательную роль в борьбе с болезнями (Rossi, 1993; Wickramasekera, 1993).

Решение всех загадок нашего сознания требует еще многих исследований, но отсутствие точного объяснения механизмов его действия не должно ограничивать использование техник, которые явно поддерживают лечение человеческого тела. Гипноз может ускорить процесс выздоровления и таким образом стать успешным инструментом помощи для любого врача. При этом необходимо помнить, что гипноз не заменяет другие методы лечения, а дополняет их.

35

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ГИПНОЗ

Зависимость тела от сознания, доказанная в случаях медицинского применения гипноза, используется также в стоматологическом контексте.

Помогая клиенту уменьшить беспокойство, связанное со стоматологическим лечением с помощью нескольких, соответствующим образом подобранных фраз, можно получить отличные результаты. Более того, один позитивный стоматологический опыт можно успешно использовать как прототип для будущих встреч. Клиент, правда не будет с нетерпением ожидать следующего визита к дантисту, но не будет и бояться этого (Finkelstein, 1984, 1991; Hammond, 1990).

Другим использованием гипноза в стоматологии является применение техник контролирования боли. Гипнотические методы проведения анальгезии или анестезии, позволяют клиенту уменьшить дискомфорт до уровня на котором его легче контролировать. Многие люди в состоянии полностью освободить себя от неприятных ощущений.

Третье использование связано с возможностью регулировать кровоток с помощью гипноза. Многие люди способны, поддаваясь внушению уменьшить выделение крови во время операции. В результате переживание становиться для клиента менее травматичным а дантист ясно видит то что делает (Banks, 1985).

Еще один способ применения гипноза в стоматологическом лечении связан с его влиянием на процесс выздоровления. Использование гипнотических техник, включающих в себя лечащие представление, может как сократить время реабилитации так и поднять комфорт при возвращении к здоровью (Rossi, Cheek, 1988).

ГИПНОЗ И СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

Когда создавалась данная книга, применение судами признаний, полученных под гипнозом было сильно ограничено (Scheflin, Shapiro, 1989). Эксперты не согласны относительно правдивости признаний полученных таким путем из-за общеизвестной склонности к искажению воспоминаний и мнений, возникающей в

36

состоянии гипноза. Некоторые специалисты утверждают, что полученная таким образом информация полезна и правдоподобна как и любая другая а гипноз не деформирует запомненных образов. Другие, в свою очередь, настаивают на том, что гипноз способен влиять на память и загипнотизированный свидетель способен без труда лгать. Существует также вероятность дополнения, отсутствующих деталей при помощи фантазий или информации, содержащейся в наводящих вопросах, задаваемых прослушивающим (Sheehan, McConkey, 1993; Yapko, 1994). Этот вопрос я детально рассматриваю в одной из дальнейших глав.

ГИПНОЗ И ОБУЧЕНИЕ

Обучение — умение весьма сложное, для него необходимо иметь способность обрабатывать информацию на многих уровнях. Учеба это когнитивный опыт, состоящий в том чтобы понять каким образом пробудить интерес учащихся и приковать их внимание (это так важное умение необходимо и при гипнотической индукции), как представить информацию таким образом, чтобы дать возможность дальнейшего ее использования (способность необходимая для достижения

пользы от гипнотического состояния), а также как заставить учеников добывать знания самостоятельно, не теряя мотивации в продолжении учения, несмотря на отсутствие учителя (навык необходимый для закрепления результатов терапии). Несмотря на то, касается ли обучение дошкольников или выпускников института, для его успешности требуется объединения всех этих элементов, в значительной степени напоминающих соответствующие гипнотические процедуры.

Гипнозом пользуются многие творческие учителя, занимающиеся обучением на различных уровнях. Они заставляют учеников расслабляться и пользуются техниками воображения. Значительное число студентов развивает свою способность познавания при помощи упражнений самогипноза, приобретая благодаря им способность контролировать свое беспокойство и улучшая концентрацию внимания. Как формальный, так и неформальный гипноз в состоянии помочь в учебе (Stanton, 1993; Wolf, 1986).

37

ГИПНОЗ И БИЗНЕС

В бизнесе формальный гипноз, или использование формальных техник гипнотической индукции, применяется реже нежели использование неформальных форм внушения. Утверждение о том, что гипноз это коммуникация, производящая влияние, является главной идеей этой книги. В бизнесе применение принципов успешной коммуникации может создать или разрушить фирму.

Человек бизнеса, способный представить свою концепцию ясно и гибко, имеет большие шансы на успех в любой области. Ситуации, в которых мы имеем дело с взаимным воздействием, такие как презентация плана маркетинга, подготовка стратегии того, как поступить с проблемным сотрудником или шефом, удачная деловая встреча, оценка производительности, выяснение того чего мы хотим получить от работы, создание лучшей атмосферы, а также успешные действия во многих других отраслях мира бизнеса, касаются интерперсональных воздействий, и поэтому им неизбежно сопутствуют проблемы, связанные с коммуникацией и способами влияния. Дело не в том, коммуницирует ли человек и оказывает ли он влияние, поскольку этого нельзя избежать, а в том воздействуют ли существующие паттерны коммуникации на заинтересованные стороны нужным образом (AJman, Lambrou, 1992; Korn, Pratt, Lambrou, 1987).

ГИПНОЗ И СПОРТ

Занятия спортом требуют значительного физического самоконтроля и значительной психической концентрации, гипноз в состоянии увеличить эффективность одного и второго.

Укрепляя концентрацию и способность контролировать организм, гипноз может помочь лучше справиться с напряжением или сомнением в собственных силах, неотделимыми элементами спортивного соперничества. Более того, формирование самогипнозом позитивных позиций и лучшее познание себя самого могут помочь спортсмену быстрее приобрести желаемую форму. Нервному стрессу часто сопутствуют мысли о поражении, которые очень легко могут обратиться в реальную неудачу. Создание позитивных представлений, с помощью гипноза и самогипноза может полностью исключить такую опасность. Гипноз не даст спортсмену талант, однако укрепит уже

38

имеющиеся способности, давая возможность их максимально использовать. Многие спортсмены очень высоко ценят гипноз (Liggett, Hamada, 1993; Masters, 1992; Morgan, 1993; Ward, 1992).

ГИПНОЗ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Каждый вид психотерапии состоит в воздействии на человека у которого есть проблемы, с тем чтобы он смог почувствовать себя лучше. Клиент, ищущий помощи у терапевта, не может не отреагировать на попытку войти в контакт, а компетентность хорошего терапевта проявляется в том, что он вызывает желаемую терапевтическую реакцию.

Гипноз это инструмент, а не терапия. Основной пользой применения гипноза в психотерапии является его способность черпать из многих резервов бессознательного. Чувства, ценности, поведение, воспоминания и понимание, весь опыт, который формирует выбор клиента, субъективен и поэтому неизменен. Формальная индукция и применение внушений, непосредственно связанных с проблемой, это наиболее поверхностное и наименее утонченное использование гипноза. Такой способ применяют для лечения симптомов, его практикуют гипнотерапевты практически всех специальностей и даже многие психотерапевты. Несмотря на поверхностный характер он может быть успешным в большом проценте случаев.

Более сложное и требующее больших способностей использование гипноза, включает опыт применения техник, направленных на решение более глубоких конфликтов (одновременно устраняя и симптомы, в противном случае не может идти речь о настоящем успехе) Такой тип

гипноза связан с интеракционным подходом и многоуровневым воздействием на человека, а не только поверхностным.

Эластичность гипноза, как психотерапевтического инструмента позволяет терапевту пользоваться им поверхностно или глубоко, в зависимости от того, что он признает подходящим для лечения конкретного нарушения. Гипнотические техники постоянно напоминают нам, что опыт это субъективная вещь (Araoz, 1985; Brown, 1991; Crasilneck, Hall, 1985, Enckson, Rossi, 1979, 1981,

Hammond, 1990; O'Hanlon, 1987, Rossi, 1980, Spigel, Spigel, 1987; Zeig, 1982, 1985; Zeig, Lankton, 1988)

ЛИТЕРАТУРА

Alman, B , Lambrou, P (1992) Self-hypnosis The complete manual for health and self-change New York Brunner/Mazel

Araoz, D (1985) The new hypnosis New York Brunner/Mazel

Banks, W (1985) Hypnotic suggestion for the control of bleeding in the angiography suite Encksonian Monographs, 1, 76-88

Barber, T (1984) Changing unchangeable bodily processes by hypnotic suggestions a new look at hypnosis, cognitions, imagining and the mind-body problem Advances I, 2, 7-10

Brown, D (1992) Clinical hypnosis research since 1986 W E Fromm, M Nash (red), Contemporary hypnosis research (s 427-458) New York Guilfoid

Brown, D, Fromm, E (1987) Hypnosis and behavioral medicine Hillsdale, NJ Erl-baum

Brown, P (1991) The hypnotic brain New Haven, CT Yale University Press

Chaves, J (1993) Hypnosis in pain management W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis (s 511-532) Washington, DC American Psychological Association

Cohen, S , Williamson, G (1991) Stress and infectious disease in humans Psychological Bulletin, 108,524

Crasilneck, H , Hall, J (1985) Clinical h)pnous Ptinciples and apphca nons New York Grune & Stratton

Enckson, M , Rossi, E (1979) Hypnotheiap) An exploratory casebook New York Irvington

Enckson, M , Rossi, E (1981) Expenencing hypnosis Therapeutic approaches to altei ed states New York Irvington

Fmkelstein, S (1984) Hypnosis and dentistry W W Wester, A Smith (red), Clinical hypnosis A multidisciphnary approach (s 337-352) Philadelphia Lippincott

Fmkelstein, S (1991) Hypnotically assisted preparation of the anxious patient for medical and dental treatment American Journal of Clinical Hypnosis 33, 3,187-191

Hammond, D (red) (1990) Handbook of hypnotic suggestions and metaphors New York Norton

Korn, E , Pratt, G , Lambrou, P (1987) Hypei-perfoimance The A IM strategy for releasing your business potential New York John Wiley & Sons

Levenson, J , Bemis, C (1991) The role of psychological factors in cancer onset and progression Psychosomatics, 32 124-132

Liggett, D , Hamada, S (1993) Enhancing the visualization of gymnasts American Journal of Clinical Hypnosis, 35, 3,190-197

Masters, К (1992) Hypnotic susceptibility, cognitive dissociation, and runners high in a sample of marathon runners American Journal of Clinical Hypnosis, 34, 3, 193-201

Morgan, W (1993) Hypnosis and sport psychology W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis (s 649-670) Washington, DC American Psychological Association

OHanlon.W (1987) Tapioots New York Norton

Rossi, E (red), (1993) The collected papers of Milton H Enckson on hypnosis (t 14) New York Irvington

Rossi, E (1993) The psychobiology of mind-body healing New York Norton

Rossi, E, Cheek, D (1988) Mind-body therapy Metaphors of ideody namic healing in hypnosis New York Norton

Scheflin, A , Shapiro, J (1989) Trance on и ml New York Guilford

Sheehan, P , McConkey, К (1993) Forensic hypnosis The application of ethical guidelines W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis (s 719-738) Washington, DC American Psychological Association

Spanos, N (1989) Experimental research on hypnotic analgesia W N Spanos, J Cha-ves (red), Hypnosis The cognihve-behavioial perspective (s 206-240) Buffalo, NJ Prometheus Books

Spiegel, H , Spiegel, D (1987) Tiance and treatment Clinical uses of hypnosis Washington, DC American Psychiatric Press

Stanton, H (1993) Using hypnotherapy to overcome examination anxiety American Joui nal of Clinical Hypnosis, 35, 3,198-204
Ward, W (1992) Hypnosis, mental images, and „peer-coaching in gymnasts W W Bongartz (red), Hypnosis 175 years aftei Mesmer (s 451-460) Kon-stanz Universitats Verlag
Wickramasekeia, I (1993) Assessment and treatment of somatization disorders The high nsk model of threat perception W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook ofclinical hypnosis (s 587-621) Washington, DC American Psychological Association
Wolf, T (1986) Hypnosis and Encksonian interventions with children in the elementary school W M Yapko (red), Hypnotic and strategic interventions Principles and practice (s 209-214) New York Irvington
Wohnsky, S (1991) Trances people live Palls Village, CT The Bramble Co
Zeig, J (red) (1982J Encksonian approaches to hypnosis and psycho-theiapy New York Brunner/Mazel
Zeig, J (red) (1985) Encksonian psychotherapy (t 12) New York Brunner/Mazel
Zeig, J , Lankton, S (1988) Developing Encksonian therapy State of the an New York Brunner/Mazel

Глава 7

ВОСПРИИМЧИВОСТЬ К ВНУШЕНИЮ

Социальная психология предлагает ценную возможность рассмотреть динамику интерперсонального влияния, связанного с применением гипноза. Поведение человека изменяется в присутствии других людей, часто систематически и предсказуемо (Cialdini, 1985; Sherman, 1988).

ВЛИЯНИЕ РЕКЛАМЫ

Почему вы покупаете именно эти продукты? Из-за чего вы выбираете эту , а не иную марку?

Для того, чтобы заставить вас купить определенный продукт, авторы реклам в значительной степени пользуются гипнотическими техниками. Они начинают с создания необходимости в продукте (столетиями плохой запах изо рта и запах пота не занимали в сознании человека важного места), предлагая идентифицировать себя с рекламным персонажем. Получатель рекламы должен поверить в то что он решит свои проблемы, пользуясь данным продуктом, согласно, представленным образцам. Далее, укрепляется навык потребления, внушением того каким, к примеру, интеллигентным, мужественным или женственной будет потребитель делающий столь верный выбор. Рекламы пытаются пробудить чувства, связанные с конкретным продуктом, стимулируя его идентификацию, вызвать ассоциации, заставляющие выбирать именно эту а не другую марку, влияя на поведение потребителя путем точного подбора слов и образов. И это действует!

Что такое восприимчивость к внушению? Это готовность к принятию новых идей и информации а также реакции на них. Принятие новой информации, может в зависимости от субъективной ценно-сти, изменить всякого рода опыт, часто в достаточно значительной степени. В случае терапии, для того чтобы удалось повлиять на клиента, он должен быть в определенной мере податлив внушению и должен хотеть получить знания и новый опыт, которые могут облегчить

его страдания. Данный человек несчастен и ищет кого-нибудь, кто скажет ему что делать, что приведет к позитивным изменениям. Лишь очень немногие верят абсолютно всему, поэтому существует значительное различие между податливостью внушению и легковерностью. Гипноз никого не делает легковерным.

НЕОБХОДИМОСТЬ ЯСНОСТИ И УВЕРЕННОСТИ

Старая пословица "Если ты попал к воронам, каркай как они" указывает на склонность отражать окружающих если мы не уверенны в правильности того или иного поведения. Поэтому образцы могут очень сильно воздействовать на людей. Влияние, оказываемое терапевтом происходит из убеждения клиента о том, что в определенной области он неверно управляет своей жизнью. Причина такого положения дел, кажется находящейся вне области влияния страдающего, поскольку все предыдущие попытки провести аутокоррекцию провалились.

Если вы пытались безуспешно изменить свои вредные привычки (кто из нас не пытался?), то вы можете решить — мне может помочь тот кто был обучен для этой цели. Кого можно считать авторитетом в решении личных проблем, кто был обучен распознавать причины и трудности, подбирая соответствующие способы лечения? Ищущий совета принял уже собственное незнание и бессилие в данной ситуации и теперь с надеждой глядит на терапевта, как на человека, способного решить его проблему (Сое, 1993; Eisen, 1990).

ВЛАСТЬ ТЕРАПЕВТА

Когда клиент ищет помощи, он верит терапевту как авторитету, надеясь, что тот поможет решить его проблему. Обычно терапевт сам не обладает никакой властью, а возникает она скорее в ответ на реакцию данного человека на терапевта (Barber, 1991; Diamond, 1984; Strauss, 1993).

Существует по крайней мере пять различных типов власти: 1) принудительная (основанная на возможности наказывать), 2) награждающая (основанная на возможности приносить пользу, финансовую или психологическую), 3) легальная (возникающая из существующей позиции, возникшей по выбору), 4) специальная (основанная на боль-

43

шем знании некой области), 5) приписная (основанная на позитивных чертах характера, таких как способность пробуждать симпатию). Вообще, в любой ситуации мы имеем дело со всеми типами власти, но особенно хорошо они заметны в терапевтическом контексте. Терапевт может иметь огромную власть. Если вы хотите пользоваться ею с чувством и безграничным уважением к интеграции клиента, то возможность влиять при помощи законов и техник клинического гипноза должна заставить вас старательно рассмотреть области власти в ваших контактах (Aronson, 1992; Frauman, Lynn, Brentar, 1993).

НЕОБХОДИМОСТЬ АКЦЕПТАЦИИ

Человек, ищущий помощь или информацию, чувствует, что ему чего-то не хватает. Основная человеческая необходимость, являющаяся камнем преткновения общества это желание контактировать с окружающими. Когда эту необходимость мы поставим рядом с ощущением ее отсутствия, появится необходимость акцептации. Один из основных страхов клиента, приходящего за помощью, можно сформулировать так: "Понравлюсь ли я вам и примете ли вы меня, если я открою вам свои страхи, сомнения и несовершенство? Может я покажусь вам слабым, отвратительным и худшим в определенном смысле?" (Bates, 1993).

Необходимость акцептации и принадлежности является также элементом гипнотического процесса. Избегать конфронтации с авторитетом, пытаться удовлетворить терапевта (начиная с вызова терапевтических эффектов и заканчивая связанным вручную свитером), приспосабливаться к его стилю изложения, ценностей и теоретических концепций — это все способы, какими эта необходимость может проявляться в терапевтическом контакте. Как раз в таком случае награж-дающая власть становится важной силой в целом терапевтическом процессе.

ОЖИДАНИЯ

Существенное влияние на наш опыт производят ожидания, что было многократно продемонстрировано и снабжено различными названиями. Чаще всего используется термин "самоисполняющееся предсказание", указывающий на большую вероятность возникновения

44

того, чего мы ждем и более низкие шансы того чего мы не ждем (мы бессознательно подстраиваем поведение к собственным ожиданиям).

Представления, какие имеет данный человек о своем будущем, управляют его настоящим поведением. Чем больше вовлечены его эмоции, тем больше вероятность испытать то что он предвидит (Coe, 1993;Torem, 1992; Zeig, Rennick, 1991).

НЕОБХОДИМОСТЬ ВНУТРЕННЕЙ ГАРМОНИИ

Обычно мы стараемся в своей жизни упорядочить хаос и урегулировать противоположности, пропуская противоречивую информацию или интерпретируя ее только когда она будет соответственно упорядочена. Когда мы встречаемся с чем-то новым или двусмысленной ситуацией, мы ощущаем себя неуверенно, и ищем совета у других. Чем лучше полученное объяснение соответствует нашим личным нуждам, тем легче и глубже мы его усваиваем (Festinger, 1957; Sherman, 1988).

Необходимость когнитивной конгруэнтности может проявиться, например, в виде ожидания конкретной пользы от полученной за деньги профессиональной помощи. Инвестируя во что-то деньги, надежду и время, мы отчаянно желаем, что нам это хоть немного оплатится. У нас может возникнуть необходимость оправдать собственные "расходы", обращая поражение в выигрыш, обеспечивая тем самым себе психический комфорт. Необходимость такого типа явно проявляется у людей, покупающих ненужные вещи, единственная ценность которых ограничивается надеждами, в них заложенными.

Если клиент, считает себя безнадежным случаем и очень хочет это доказать, необходимо принять во внимание его ожидания и потребность в когнитивной конгруэнтности. Идеальным примером будет человек, посетивший всех терапевтов в городе и гордящийся собственной неспособностью принять помощь (Schoen, 1993).

ИТОГ

Нет жестких правил какого типа коммуникация воздействует лучше всего. То что подходит одним, на других вообще не действует. Одни ищут помощи у профессионалов, другие предпочитают просить совета у соседа или друга. Одним нужна точная инструкция поведения,

45

другие стараются найти выход сами. Некоторые лучше реагируют, когда на пути к цели им предстоит бороться с некими преградами (например терапевт с большой очередью ожидающих, может вначале стать источником раздражения для клиента, но когда визит наконец завершится успехом, терапевт будет признан лучшим специалистом, чем является им на самом деле). Другие, в свою очередь, вообще и не подумают принять условия (если визита к терапевту приходиться долго ждать, они обратятся к другому). Некоторым нужны объективные доказательства для всего, с чем они сталкиваются, другие не доверяют научным методам, которые пропагандируются их терапевтами. В ситуации внутреннего смятения некоторые люди становятся доступными для чужих идей и интерпретаций, другие же замыкаются в себе, пытаясь сами решить свои проблемы (даже пользуясь неверной информацией).

Терапевт, желающий благотворно воздействовать на клиентов, должен распознать, в какой момент (вопрос не в том произойдет ли это вообще) клиент станет податливым внушению (большинство все таки поддается внушению). Узнать желания клиента и выбрать наиболее приемлемый способ, чтобы войти к нему в доверие, и есть процесс установления контакта, заключение договоренности. Это происходит когда клиент чувствует, что его переживания встречают понимание и эмпатию (Betrand, 1989; Gfeller, 1993; Kirsch, 1992; Sheehan, 1991

ЛИТЕРАТУРА

Aronson, E. (1992). The social animal. San Francisco: W.H. Freeman.

Barber, J. (1991). The locksmith model: Accessing hypnotic responsiveness. W: S. Lynn, J. Rhue (red.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (s. 241-247). New York: Guilford.

Bates, B. (1993). Individual differences in response to hypnosis. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 23-54). Washington, DC: American Psychological Association.

Bertrand, L. (1989). The assessment and modification of hypnotic susceptibility. W: N. Spanos, J. Chaves (red.), Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective (s. 18-31). Buffalo, New York: Prometheus Books.

Cialdini, R. (1985). Influence: Science and practice. Glenview, IL: Scott, Foresman.

Coe, W. (1993). Expectations and hypnotherapy. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 73-93). Washington, DC: American Psychological Association.

46

Diamond, M. (1984). It takes two to tango: The neglected importance of the hypnotic relationship. American Journal of Clinical Hypnosis, 26, 113.

Eisen, M. (1990). From the magical wish to the belief in the self. W: M. Fass, D. Brown (red.), Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis (s. 147-157). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press.

Frauman, D., Lynn, J., Brentar, J. (1993). Prevention and therapeutic management of „negative effects" in hypnotheraphy. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis (s. 95-120). Washington, DC: American Psychological Association.

Gfeller, J. (1993). Enhancing hypnotizability and treatment responsiveness. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 235-250). Washington, DC: American Psychological Association.

Kirsch, I. (1990). Changing expectations: A key to effective psychotherapy. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Kirsch, L, Council, J. (1992). Situational and personality correlates of hypnotic responsiveness. W: E. Fromm, M. Nash (red.), Contemporary hypnosis research (s. 267-291). New York: Guilford.

Schoen, M. (1993). Resistance to health: When the mind interferes with the desire to become well. American Journal of Clinical Hypnosis, 36,1, 47-54.

Sheehan, P. (1991). Hypnosis, context, and commitment. W: S. Lynn, J. Rhue (red.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (s. 520-541). New York: Guilford.

Sherman, S. (1988). Ericksonian psychotherapy and social psychology. W: S. Lankton, J. Zeig (red.). Developing Ericksonian therapy: State of the art (s. 59-90). New York: Brunner/Mazel.

Strauss, B. (1993). Operator variables in hypnotherapy. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 55-72). Washington, DC: American Psychological Association.

Torem, M. (1992). Back from the future: A powerful age-progression technique. American Journal of Clinical Hypnosis, 35, 2, 81-88.
Weitzenhoffer, A. (1989). The practice of hypnotism (t. 12). New York: John Wiley & Sons.
Zeig, J., Rennick, P. (1991). Ericksonian hypnotherapy: A communications approach to hypnosis. W: S. Lynn, J. Rhue (red.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (s. 275-300). New York: Guilford.

Глава 8
ВОПРОС СОЗНАНИЯ
Наиболее значимой переменной, определяющей успешность гипнотической коммуникации, является способ, каким сознание и бессознательное реагируют на информацию. Получение информации, до определенной степени, переживается на сознательном уровне, где она обрабатывается способом, типичным для его паттернов, но одновременно в бессознательном она обращается противоположно. В гипнозе внушения намеренно формулируются так, чтобы передать бессознательному клиента определенную информацию, когда его сознание занято чем-то другим. Понимание различий между сознанием и бессознательным имеет непосредственную связь с формулировкой успешных формул внушения (Hilgard, 1986; Kihlstrom, 1987; McConkey, 1991).
ХАРАКТЕРИСТИКА СОЗНАНИЯ И БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО
Сознание и бессознательное исполняют различные функции, но существует большое количество объединяющих их факторов. Эта общая часть дает возможность сотрудничать, в то время как различия могут проявляться в образе внутренних конфликтов и раздвоения личности, что часто и имеет место. Обычно сознание определяют как ту часть, которая позволяет осознавать различные вещи; когда вы обращаете внимание на что-либо или что-то замечаете, вы это осознаете. Сознание содержит то, что непосредственно включается вами в сознание, обладая способностью анализировать, понимать и оценивать, что хорошо а, что плохо. Это оно, более или менее рационально оценивает, что реально выполнимо. Таким образом, ограничения, возникающие в вашей жизни, частично создаются вашим сознанием, проводящим критическую оценку опыта. Охватить сознание клиента, с включенным в него критицизмом — основная задача, необходимая для успешного применения более сложных гипнотических явлений (Dixon, Laurence, 1992; Kihlstrom, 1984; Zeig, 1980).

Бессознательное в свою очередь является вместилищем всего опыта, полученного в течении жизни. Ваш жизненный опыт, навыки, то как вы реагируете на мир (стремления, мотивации, желания) и автоматические действия в бесчисленных ситуациях обычной жизни — доказательство его успешной работы. Бессознательное, в отличие от сознания, не является жестким, аналитичным, и главное — ограниченным. Оно реагирует на методы контактов, связанные с опытом, оно способно к символической интерпретации и имеет тенденцию к обобщенным оценкам (Brown, 1991; Ornstein, 1991).
БЕССОЗНАТЕЛЬНАЯ ОБРАБОТКА
Факт, что некто не осознает поступление информации, не означает, что он ее не усваивает. Данные, обобщенные на бессознательном уровне, могут быть более или менее значимыми, относительно тех, которые обработало сознание. Когда клиент находится в гипнозе, в его сознание неизбежно будут проскальзывать некоторые мысли. В это время бессознательное может принимать внушение терапевта и реагировать на него (Cheek, Crawford, 1990; Dixon, Brunet, Laurence, 1990).
Бессознательное способно обрабатывать информацию более символически и метафорически чем сознание. В то время как сознание занято рациональным анализом слов, регистрируя последствия их воздействия, бессознательное отвечает за субъективные значения. Именно это решает о многоуровневом характере гипнотической коммуникации. Многоуровневость означает в данном случае возможность обращаться к сознанию клиента, благодаря использованию, соответственно сформулированных и выраженных форм внушения, учитывающих его способ восприятия и ассоциаций, одновременно подавая проблему бессознательному с другой стороны (Hilgard, 1992; Woody, Bowers, Oakman, 1992).
ЗАЩИЩАЯ СОЗНАНИЕ
Факт, что информация может обрабатываться без участия сознания, что часто и происходит, является главным фактором, питающим страх перед проникновением разрушительной, вредной информации, идущей от гипнотизера в бессознательное, где она может

49

причинить вред. Многие люди недооценивают способность сознания защищаться. Любой студент психологии, как и каждый, кто провел хоть немного времени в обществе других людей, учится классическим защитным механизмам, предотвращающим проникновение в сознание нежелательной информации. Это бессознательные механизмы, возникающие из необходимости сохранить высокую самооценку и желание избежать — если это вообще возможно — внутренних конфликтов. Нет сомнений, эти механизмы значимы для гипноза и они демонстрируют, что в определенной области сознание способно себя защищать (Fromm, 1992; Watkins, 1992).

ДВОЙСТВЕННОСТЬ СОЗНАНИЯ

В последнее время избегают описывать двойственную природу психической активности как "сознательную" и "бессознательную", а характеризуют ее как психические функции, относящиеся к различным полушариям мозга. Конечно, оба полушария исполняют многие функции совместно, однако их описывают при помощи различий.

Левое полушарие, в принципе, отвечает за сознание. Его иногда называют "вербальным", поскольку оно отвечает за большинство действий, связанных с речью. Часто его также называют "логическим" полушарием, считается что именно в нем происходят интеллектуальные процессы, понимание и анализ. Его склонность концентрироваться на деталях позволяет видеть — говоря метафорически — скорее деревья нежели лес.

В свою очередь правое полушарие мозга отвечает за бессознательное — его часто называют "молчаливым" или "интуитивным". Считается, что оно управляет интуицией и творческими способностями данного человека. Существует также убеждение о его способности оперировать на более символических и холистических уровнях, чем это имеет место в случае с левым полушарием. Таким образом, способность создавать искусство и музыку, а также оценивать их, причисляется к функциям правого полушария. Оно также отвечает за образ мира и собственный образ данного человека, обладая также способностью к обобщению — видя скорее лес нежели деревья (Brown, 1991; Gabel, 1988).

50

Процесс гипноза при учете специфики обоих полушарий, характеризуется работой левого полушария клиента, при использовании функций правого полушария. Язык, опирающийся на сенсорных ощущениях, описательный и эмоциональный, более доступен правому полушарию, именно он является основой для определения, использованного в названии книги Пола Вацлавика "Язык изменений" (The Language of change, 1978).

В экстремальных условиях сознание может защищать себя от опасности, сенсорной перегрузки и сенсорной изоляции. Бессознательное не является в этом случае значительной опасностью, оно скорее потенциальный приют для внутреннего "я". Когда, например, водитель задумается во время управления машиной, бессознательное безопасно управляет ей. Сознание включается лишь в нетипичных ситуациях, требующих внимания. Лучшей защитой для сознания, таким образом является само сознание (Gazzaniga, 1985; Hilgard, 1992).

ИТОГ

Несмотря на принятую концепцию функционирования | сознания, необходимо учесть, что в нем существует определенная неоднородность. Его составные части имеют различные черты и ! дают собственный вклад в субъективный опыт. Гипноз, как инструмент, необыкновенно полезен из-за его способности использовать возможности, скрытые в психике клиента, и обычно он делает это лучше чем другие методы терапии. Из-за необыкновенной сложности человеческого сознания и неповторимости каждой личности, уважение к внутренней силе и интеграции каждого человека не только желаемо, но и необходимо.

ЛИТЕРАТУРА

Brown, P. (1991). The hypnotic brain. New Haven, CT: Yale University Press.

Cheek, D. (1994). Hypnosis: The application of ideomotor techniques. Boston, MA; Allyn & Bacon.

Crawford, H. (1990). Cognitive and psychophysiological correlates of hypnotic responsiveness and hypnosis. W: M. Fass, D. Brown (red.), Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A festschift for Enka Fromm (s. 47-54). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

51

Dixon, M, Brunet, A., Laurence, J-R. (1990). Hypnotizability and auto-maticity: Toward a parallel distributed processing model of hypnotic responding. Journal of Abnormal Psychology, 99, 336-343.

Dixon, M, Laurence, J-R. (1992). Two hundred years of hypnosis research: Questions resolved? Questions unanswered! W: E. Fromm, M. Nash (red.), Contemporary hypnosis research (s. 34-66). New

York: Guilford.
Fromm, E. (1992). An ego-psychological theory of hypnosis. W: E. Fromm, M. Nash (red.), Contemporary hypnosis research (s. 131-148). New York: Guilford.
Gabel, S. (1988). The right hemisphere in imagery hypnosis, rapid eye movement sleep and dreaming: Empirical studies and tentative conclusions. Journal of Nervous and Mental Disease, 176, 323-331.
Gazzaniga, M. (1985). The social brain: Discovering the networks of the mind. New York: Basic Books.
Hilgard, E. (1986). Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action. New York: John Wiley & Sons.
Hilgard, E. (1992). Dissociation and theories of hypnosis. W: E. Fromm, M. Nash (red.), Contemporary hypnosis research (s. 69-101). New York: Guilford.
Kihlstrom, J. (1984). Conscious, subconscious, unconscious: A cognitive perspective. W: K. Bowers, D. Merchenbaum (red.), The unconscious reconsidered (s. 149-211). New York: John Wiley & Sons.
Kihlstrom, J. (1987). The cognitive unconscious. Science, 237, 1445-1452.
J
McConkey, K. (1991). The construction and resolution of experience and behavior in hypnosis. W: S. Lynn, J. Rhue (red.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (s. 542-563). New York: Guilford.
Ornstein, R. (1986). Multimind. Boston: Houghton Mifflin. Ornstein, R. (1991). The evolution of consciousness. New York: Prentice Hall.
Watkins, J. (1992). Hypnoanalytic techniques: Clinical hypnosis (t. 2). New York: Irvington.
Watzlawick, P. (1978). The language of change. New York: Basic Books.
Woody, E., Bowers, K., Oakman, J. (1992). A conceptual analysis of hypnotic responsiveness: Experience, individual differences and context. W: E. Fromm, M. Nash (red.), Contemporary hypnosis research (s. 333). New York: Guilford.
Zeig, J. (red.). (1980). A teaching seminar with Milton H. Erickson, M. D. New York: Brunner/Mazel.
52

Глава 9

ГИПНОТИЧЕСКАЯ ПОДАТЛИВОСТЬ

Вопрос о том, кого можно загипнотизировать, все еще остается противоречивым, несмотря на то, что большинство уважаемых специалистов в области гипноза описало его в многочисленных научных публикациях. Исследования посвящают обычно описанию типов личности и другим психологическим характеристикам (например интеллекта), которые благоприятствуют или же отрицательно влияют на гипнотические процедуры. Многочисленные публикации представляют также статистику, уровней гипнотической податливости, с учетом незначительного количества людей, не проявляющих никакой податливости к гипнозу.

Эта проблема была поднята в главе, описывающей ошибочные представления о гипнозе, а именно — при представлении концепции, согласно которой гипнозу поддается определенный тип людей. Данная глава расширяет эту тему; благодаря ей вы должны получить уверенность в том, что клиент с которым вы работаете, действительно способен испытать состояние гипноза.

ТРАДИЦИОННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПОДАТЛИВОСТЬ

Многие исследователи считают, что податливость гипнозу является чертой личности, подобной на другие ее черты. Они однако не могут установить, рождается ли человек с биологической структурой, ответственной за высокую или низкую гипнотическую податливость (или ее отсутствие), или же это черта, приобретаемая в процессе социализации. Независимо от ответа, в этой концепции принимается существование предрасположенности к гипнозу, состоянием относительно неизменным во времени. Другими словами, некто не реагирующий на формальные процедуры индукции, признается личностью с отсутствием гипнотической податливости. Дальнейшие исследования подтверждают правильность этого вывода: сопротивляемость гипнозу не меняется со временем (в повторяемых попытках индуцировать гипноз у одного и
53
того же человека с помощью тех же самых или подобных техник), как и податливость (Banyai, 1991; Morgan, Johnson, Hilgard, 1974; Piccione, Hilgard, Zimbardo, 1989).

В литературе по этому предмету можно найти дискуссию о других сторонах вопроса гипнотической податливости с описательным характером, то есть не сводящейся лишь к статистическим данным, связанным с реакцией на стандартные процедуры гипнотической индукции. Имеется в виду возраст, интеллект, психическое состояние, самооценка, склонность к фантазии и способности воображения, а также факторы, относящиеся к контакту клиента и

терапевта. Каждый из этих вопросов будет рассмотрен как с традиционной перспективы, так и с позиции потребителя.

ВОЗРАСТ И ГИПНОТИЧЕСКАЯ ПОДАТЛИВОСТЬ

Повсеместно считается, что дети, особенно в возрасте 7-9 лет, из-за активного воображения и готовности выполнять всяческие поручения, более всего податливы гипнозу. Однако некоторые исследователи это отрицают, утверждая, что более низкая способность концентрации у детей и более слабые потенциальные резервы ограничивают их способность входить в гипноз.

Самой сильной преградой в использовании гипноза для детей, считается их большая активность. Взрослые во время гипноза, обычно ведут себя спокойно, дети же часто не в состоянии усидеть, даже несмотря на значительную вовлеченность в контакт с терапевтом. В случае ясно, сформулированных ожиданий, о том как должен выглядеть и вести себя клиент в состоянии гипноза, витальность ребенка, может восприниматься как отсутствие податливости гипнотическим процедурам.

Требование от ребенка прекращения активности (что называется "каталепсией"), как доказательства вхождения в гипноз, должно было бы иметь характер приказа, однако каталепсия абсолютно не является необходимым условием для достижения желаемого результата. Дети могут отлично реагировать на соответствующее поведение терапевта, что зачастую и происходит (Kohen, Olness, Gardner, 1988).

При оценке податливости гипнозу, возраст не должен быть существенным критерием. Это лишь фактор, влияющий на

выбор, соответствующих методов индукции и их применения, поскольку в каждом случае необходимо использовать процедуры, учитывающие уровень зрелости и опытности клиента а не его возраст (Morgan, Hilgard, 1973).

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОСТЬ И ГИПНОТИЧЕСКАЯ ПОДАТЛИВОСТЬ

Исследования гипнотической податливости говорят о том, что чем более интеллектуальна данная личность, тем выше ее гипнотическая податливость. Такую зависимость однако не удалось доказать. Если она существует то состоит скорее в том, что интеллектуальность связана со способностью к концентрации (Spiegel, Spiegel, 1987; Weitzenhoffer, 1989).

Способ подхода необходимо подстроить к способности понимать человека. В отдельных случаях большим вызовом, чем само введение в гипноз, может стать подбор целей и методов, учитывающих возможности данного человека.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И ГИПНОТИЧЕСКАЯ ПОДАТЛИВОСТЬ

Старая литература, описывающая концепцию отсутствия гипнотической податливости у психотиков, видит ее причину в неспособности к концентрации. Считалось что такие больные не способны поддаться гипнотизеру из-за галлюцинаций, дезориентации и неспособности вступать в контакт. Это в значительной степени соответствует правде, однако индивидуализированные техники, позволяющие войти в доверие (установить контакт), не направленные на сиюминутный успех и не слишком непосредственные, могут оказаться успешными.

Переменная, которую необходимо учесть, это стадия психической болезни — сомневаюсь, чтобы страдающий маниакаль-но-депресивным психозом в маниакальной фазе, поддался бы влиянию гипнотизера или кого-нибудь другого. Также причина болезни является фактором достойным внимания. Трудно преодолеть психоз, причиненный медикаментами. Люди у которых психиче-

скую болезнь вызвали органические факторы, например связанные с процессом старения, могут позитивно реагировать на гипнотические техники. Многие мои клиенты, страдающие от старости не помнили, что произошло пять минут назад, но могли очень точно описать события пятидесятилетней давности. Случаи регрессии в ранний опыт способны вызывать успокаивающее и лечащее воздействие. Очень позитивный эффект иногда приносит обычная опека, такая как помощь при купании и одевании (Murray-Jobsis, 1993; Spiegel, Detnck, Fnscholz, 1982; Zindel, 1992).

САМООЦЕНКА И ГИПНОТИЧЕСКАЯ ПОДАТЛИВОСТЬ

Самооценка клиента является наиважнейшей переменной, обуславливающей его способность к значимой реакции на попытки войти в контакт со стороны терапевта. Оценка собственной персоны в большой степени определяет то, что признается возможным по отношению к самому себе.

Самооценка, по видимому, явление полностью приобретенное, а не врожденная черта. От вашего опыта, и что более существенно, от ваших выводов, какие на нем основаны, зависит ваш взгляд на

то, на что вы способны. При попытках изменить образ себя у клиента, непосредственная конфронтация при помощи отрицания, редко бывает успешной. В таких случаях клиент обычно начинает считать, что терапевт его не понимает.

Гипноз можно использовать с целью поднять самооценку. Что же такое самооценка? По правде говоря, не существует ее общепринятой формулировки, однако она сильно связана с осознанием всех аспектов "я", принятием их и способностью их оценивать.

СКЛОННОСТЬ К ФАНТАЗИИ И ВООБРАЖЕНИЮ И ГИПНОТИЧЕСКАЯ ПОДАТЛИВОСТЬ

Люди отличаются способностью перерабатывать информацию и способами, какими они это делают; некоторым необходимы необычайно точные определения полученных раздражителей, чтобы испытать гипноз, в то время как другие способны опе-

56

рировать на высоком уровне абстракции, где воображение и фантазия действуют свободно, вызывая значительные переживания. Из-за субъективной природы гипноза способность к абстрактному мышлению является фактором, облегчающим этот опыт.

У каждого есть воображение и способности к фантазии, однако у некоторых они сильнее развиты. Определенные люди в состоянии представить себе конкретные вещи, другие же — абстрактные, таким образом это еще одна переменная, которую необходимо учесть, при выборе подхода к клиенту (Hilgard, 1970, 1974; Lynn, Nash, 1994; Lynn, Rhue, 1991).

СВЯЗЬ С ТЕРАПЕВТОМ И ГИПНОТИЧЕСКАЯ ПОДАТЛИВОСТЬ

Контакт между терапевтом и клиентом всегда принимался за основную составляющую терапевтического процесса. Гипнотическим контактом я называю позитивные отношения двух людей, основанные на понимании и доверии. О контакте можно гово-

(рить лишь, когда ваш клиент чувствует, что вы его понимаете, признавая ценность и многообразие его личного опыта (Barber, 1991;

|zeig, Renmck, 1991)

В ранних гипнотических методиках доказательством то-

I го, что контакт состоялся принималась уступчивость клиента гип-

I нотизеру. Такого типа односторонний контакт все еще может приниматься некоторыми как допустимая форма терапии. Более уравновешенный тип сотрудничества, неразрывно связан с утилизирующим подходом, являясь интеракцией, основанной на уважении и сотрудничестве. Гипноз можно принимать как естественную реакцию на определенный вид контакта, который формирует взаимную ответственность и доверие. Поведение терапевта обусловлено поведением клиента и vice versa. Гипноз это постоянный процесс взаимной подстройки друг к другу, даже если в данный момент может показаться, что отношениям придает темп лишь один из двух людей. Принципиальной чертой такого подхода является постоянная обратная связь между поведением терапевта и клиента. Такого вида союз сильно отличается от того, в котором отношения с гипнотизером воспринимаются как система, в рамках которой ожидается, что клиент послушно уступит приказам терапевта, а его

57

отказ будет воспринят как "сопротивление". Если терапевт примет во внимание поведение клиента, то будет подавать ему внушение в такой форме и в таком темпе, что гипнотизируемый будет иметь возможность как можно лучше позитивно реагировать (Gfeller, 1993; Gfeller, Lynn, Pribble, 1987; Zeig, 1980).

ШКАЛА ГИПНОТИЧЕСКОЙ ПОДАТЛИВОСТИ

Если вы желаете объективно оценить уровень гипнотической податливости своего клиента, то можете воспользоваться одной из многих шкал, разработанных именно для этой цели. Большинство из них состоит из стандартной процедуры гипнотической индукции и определенного количества заданий. На основе числа решенных задач определяется уровень гипнотической податливости. Задания использует человек, применяющий шкалу (экспериментатор или терапевт), основываясь на реакциях данного человека.

В исследовании гипнотической податливости были использованы следующие шкалы и опросники: Шкала Суггестивности Барбера (Barbera, 1976) Шкала Реактивности на Внушение Университета в Кар-летон (Spanos, Radtke, Hodgins, Stram & Betrand, 1983); Шкала Творческого Воображения (Wilson, Barber, 1977); Шкала Девиса-Хазбенда (Davis, Husband, 1931); Опросник Глубины Гипноза Фэльда (Field, 1965); Шкала Глубины Гипноза Фридлендера и Сарбина (Friedlander, Sarbin, 1938);

Гарвардская Групповая Шкала Гипнотической Податливости: Форма А (Shor, Orne, 1962);

Сборник Вопросов Гипнотического Опыта: Сокращенная версия (Matheson, Shu, Bart, 1989);
Профиль Гипнотической Индукции (Spiegel, 1972; Stern, Spiegel, Nee, 1979);
Шкала ЛеКрона-Бордо (LeCron, Bordeaux, 1947); Опросник Феноменологии Сознания (Pecala, 1982); Шкала Глубины Гипноза (Tart, 1970); Стэнфордская Клиническая Шкала Гипнотической Податливости (Morgan, Hilgard, 1979);

Стэнфордская Шкала Гипнотической Податливости: Формы А и В (Weitzenhoffer, Hilgard, 1959); Стэнфордская Шкала Гипнотической Податливости: Форма С (Weitzenhoffer, Hilgard, 1962); Стэнфордская Профильная Шкала Гипнотической Податливости: Фрмы 1 и 2 (Weitzenhoffer, Hilgard, 1963); Шкала Абсорбции Теллегена (Tellegen, Ankinson, 1974).
Однако, все еще идет дискуссия о применимости клинических шкал в лечении. Их научная ценность не ставится под сомнение, однако не ясно в какой области реакции на стандартные, и следовательно, неиндивидуализированные тестовые задания, можно соотнести с конечными клиническими результатами.

ЛИТЕРАТУРА

Banyai, E. (1991). Toward a social-psychobiological model of hypnosis. W: S. Lynn, J. Rhue (red.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (s. 564-598). New York: Guilford.
Barber, J. (1991). The locksmith model: Accessing hypnotic responsiveness. W: S. Lynn, J. Rhue (red.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (s. 241-274). New York: Guilford.
Barber, T (1976). Hypnosis. New York: Pergamon.
Barber, T. (1965). Measuring „hypnotic-like" suggestibility without „hypnotic induction": Psychometric properties, norms, and variables influencing response to the Barber Suggestibility Scale (BSS). Psychological Reports, 16, 806-844.
Davis, L., Husband, R. (1931). A study of hypnotic susceptibility in relation to personality traits. Journal of Abnormal and Social Psychology, 26,175-182.
Field, P. (1965). An inventory scale of hypnotic depth. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 13, 238-249.
Frederick, C, McNeal, S. (1993). From strenght to strenght: „Inner strenght" with immature ego states. American Journal of Clinical Hypnosis, 35, 4, 250-256.
Friedlander, J., Sarbin, T. (1938). The depth of hypnosis. Journal of Abnormal and Social Psychology, 33, 453-475.
Gfeller, J. (1993). Enhancing hypnotizability and treatment responsiveness. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 235-250). Washington, DC: American Psychological Association.
Gfeller, J., Lynn, S., Pribble, W. (1987). Enhancing hypnotic susceptibility: Interpersonal and rapport factors. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 586-595.

Gilhgan, S (1987) Therapeutic trances The cooperation principle in Eiitksoman hypnotherapy New York Brunner/Mazel
Hammond, D (red) (1990) Handbook of hypnotic suggestions and metaphors New York Norton
HUgard, J (1970) Personality and hypnosis A study of imaginative involvement Chicago University of Chicago Press
Hilgard, J (1974) Imaginative involvement Some characteristics of the highly hypno-tizable and non-hypnotizable International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 22, 138-156
Kohen, D , Olness, К (1993) Hypnotherapy with children W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis (s 257-381) Washington, DC American Psychological Association
LeCron, L, Bordeaux, J (1974) Hypnotism today New York Grune & Stratton
Lynn, S , Nash, M (1994) Truth in memory Ramifications for psycho-thei apy and hypnotherapy American Journal of Clinical Hypnosis, 36 3,194-208
Lynn, S , Rhue, J (1991) An integrative model of hypnosis W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Current models and perspectives (s 397— 438) New York Guiltord
Matheson, G , Shu, К , Bart, С (1989) A validation study of Short-Form Hypnotic-Experience Questionnaire and its relationship to hypnotizability American Journal of Clinical Hypnosis, 32, I, 17-26
McNeal, S , Frederick, С (1993) Inner strenght and other techniques for ego strengh-tening American Journal of Clinical Hypnosis, 35, 3, 170-178
Morgan, A , Hilgard, J (1973) Age differences in susceptibility to hypnosis Intel national Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 21 75-85

Morgan A, Hilgard, J (1979) The Stanford hypnotic clinical scale for adults Amei lean Journal of Clinical Hypnosis, 21, 134-147
Morgan A , Johnson, D , Hilgard, J (1974) The stability of hypnotic susceptibility A longitudinal study International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 22 249-257
Murray-Jobsis, J (1993) The borderline patient and the psychotic patient W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis (s 425Л151) Washington, DC American Psychological Association
Olness, К , Gardner, G (1988) Hypnosis and hypnotherapy with children New Yoik Grune & Stratton
Pekala, R (1982) The phenomenology of consciousness inventory Thoindale, PA Psychophenomenological Concepts
Phillips, M , Frederick, C (1992) The use of hypnotic age progression as prognostic, ego-strenghtemng, and integrating techniques American Journal of Clinical Hypnosis, 35, 2, 99-108
Piccione, C , Hilgard, E , Zimbardo, P (1989) On the stability of measured hypnotizability over a 25-year period Journal of Personality and Social Psychology, 56, 289-295
Shor, R , Orne, E (1962) Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility Palo Alto, CA Consulting Psychological Press

Spanos, N , Radtke, H , Hodgins, D , Stram, H , Bertrand, L (1983) The Carleton University Responsiveness to Suggestions Scale Normative data and psychometric properties Psychological Reports, 53, 523-535
Spiegel, D, Detnck, D, Fnscholz, E (1982) Hypnotizability and psy-chopathology American Journal of Psychiatry, 739,431-437
Spiegel, H (1972) An eye roll test for hypnotizability American Journal of Clinical Hypnosis, 15, 25-28
Spiegel, H , Spiegel, D (1987) Trance and treatment Clinical uses of hypnosis Washington, DC American Psychiatric Press
Stanton, H (1989) Ego-enhancement A five-step approach American Journal of Clinical Hypnosis, 31, 3,192-198
Stern, D , Spiegel, H , Nee, J (1979) The hypnotic induction profile Normative observations, reliability, and validity Ameucan Journal of Clinical Hypnosis, 31, 109-132
Tart, C (1970) Self-Report Scales of Hypnotic Depth International Jow nal of Clinical and Experimental Hypnosis, 18, 105-125
Tellegen, A , Atkinson, G (1974) Openness to absorbing and self-altering experiences („absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility Journal of Abnormal Psychology, 83, 268-277
Weitzenhoffer, A , Hilgard, E (1959) The Stanford scale of hypnotic susceptibility forms A and B Palo Alto, CA Consulting Psychologists Press
Weitzenhoffer, A , Hilgard, E (1962) The Stanford scale of hypnotic susceptibility foimC Palo Alto, CA Consulting Psychologists Press
Weitzenhoffer, A , Hilgard, E (1963) The Stanford profile scales of hypnotic susceptibility I and II Palo Alto, CA Consulting Psychologists Press
Weitzenhoffer, A (1989) The practice of hypnotism (t 1) New York John Wiley & Sons
Wilson, S , Barber, T (1977) The Creative Imagination Scale as a measure of hypnotic responsiveness Applications to experimental and clinical hypnosis Medfield, MA Medfield Foundation
Zeig, J (red) (1980) A teaching seminar with Milton H Enckson, M D New York Brunner/Mazel
Zeig, J, Rennick, P (1991) Encksoman hypnotherapy A communications approach to hypnosis W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Current models and perspectives (s 275-300) New York Guilford
Zindel, P (1992) Hypnosis in psychotherapy of schizophrenic patients and borderline patients W W Bongartz (red), Hypnosis 175 years after Mesmer Recent developments in theory and application (s 309-313) Konstanz, Germany Universitats-verlag Konstanz

Глава 10

ГИПНОТИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Гипноз это высоко субъективное переживание, поскольку каждый ощущает его по разному. В этой главе будут представлены некоторые из наиболее значительных черт, как психологических, так и физических, связанных с гипнотическим опытом. В таблице 1. помещены наиболее часто встречающиеся формы поведения загипнотизированных. Такое поведение заставляет применять специальные формы коммуникации к загипнотизированному человеку.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИПНОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Избирательность внимания

Если однажды вы слышали или сами произнесли фразу: "Он видит лишь то, что хочет увидеть", вы понимаете, что люди способны обращать внимание лишь на то, что хотят видеть. Поэтому они также способны не замечать то, чего у них нет желания видеть. Это явление, называемое "избирательностью внимания" состоит в способности концентрироваться лишь на части опыта, одновременно упуская остальное.
Избирательность внимания это существенный фактор гипнотической интеракции (Crawford, Gruzelier, 1992; Weitzenhoffer, 1989). Клиент должен постепенно концентрироваться на подаваемых ему внушениях, сузить внимание до ассоциаций, которые они вызывают. Концентрация гипнотизируемого, хотя он может замечать и реагировать на внешние события, заставляет его направлять на это лишь небольшую часть своего внимания. В этот момент проявляется бессознательное и его способность реагировать на вещи, находящиеся вне сферы сознания. Таким образом была описана основа диссоциации, вопроса который будет обсуждаться далее.
Таблица 1.
62
Гипнотический опыт
1. Связанное с опытом и избирательное поглощение внимания (Spiegel, Spiegel, 1987).
2. Экспрессия без усилия (Gilligan, 1987).
3. Связанная с опытом, неосознанная вовлеченность (Erickson, Rossi, Rossi, 1976).
4. Желание подвергнуться опыту (Gilligan, 1987).
5. Легкость в адаптации к изменениям времени и пространства (Erickson, Rossi, Rossi, 1976).
6. Изменения в восприятии (Erickson, Rossi, 1979).
7. Колебания степени вовлеченности (Gilligan, 1987).
8. Вербальная и моторная заторможенность (Erickson, Rossi, Rossi, 1976).
9. Логика транса, ослабление способности оценивать реальность (Shor, 1959).
10. Символическая обработка (Zeig, 1980).
11. Нарушения в восприятии времени (Erickson, Rossi, Rossi, 1976).
12. Частичная или полная утрата памяти (Erickson, Rossi, Rossi, 1976; Rossi, 1993).

Диссоциация
Когда загипнотизированный избирательно концентрирует свое внимание на внушении терапевта и какие-то бессознательные ассоциации могут возникнуть в результате этого, наступает своеобразное отделение сознания от бессознательного. Сознание занято гипнотическими процедурами, бессознательное же активно ищет символические значения, давние ассоциации и соответствующие реакции. Такой вид сознательного и бессознательного действия во время гипнотического процесса, у разных людей проходит различно; его называют "диссоциацией". Факт того что сознание и бессознательное можно до определенной степени разделить и использовать как созависимые так и независимые единицы, является существом гипноза. Поддержка диссоциации при помощи гипнотических методик позволяет получить более непосредственный доступ к бессознательным резервам, которые скрывает сознание клиента, и дает более глубокое знание о внутреннем функционировании личности.
63
Диссоциативную природу гипнотического опыта можно также объяснить "параллельным сознанием", которое возникает во время гипноза. Сознание загипнотизированного клиента состоит из частей, каждая из которых действует на различных уровнях. Один из них, относительно объективный, характеризуется реалистическим пониманием природы опыта. Эту часть личности Эрнест Хилгард (1986) называет "скрытым наблюдателем". "Скрытый наблюдатель" удерживает между собой и внушаемым опытом дистанцию (он отделен от него) и до определенной степени способен быть объективным. Такой характер гипнотического состояния позволяет клиенту одновременно переживать опыт и реагировать на внушение а также наблюдать за самим собой (Hilgard, 1992; Kirsch, Council, 1992; McConkey, 1986).
Повышенная реактивность на внушение
Описанные выше факторы, связанные с вниманием и диссоциацией, обычно ведут к увеличению реактивности на внушение. Гипнотическая интеракция была определена как терапевтическая и\или образовательная для клиента, поэтому здесь мы имеем дело с влиянием. Клиент избирательно поддается внушению терапевта, которое вызывает у него реакции и ассоциации. Повышенная реактивность проявляется у клиента большей податливостью на внушение терапевта. Вероятнее всего она является результатом убежденности в том, что принимая данные внушения

можно чего-то добиться.

Реактивность на внушение нельзя таким образом путать с легковерностью или некритичной акцептацией. В реальности гипнотическое состояние увеличивает возможность выбора, также благодаря тому, что дает шанс отбросить внушение, пробуждающее сомнения (Hilgard, 1965; Kirsch, Lynn, Rhue, 1993). Повышенная реактивность на внушение происходит от решения клиента идти за тем, кому он доверяет и от кого может принять помощь. Если ситуация клиента, отношения между ним и терапевтом, или другие факторы будут неблаго-приятствующими, то реактивность не проявится. В этом случае мы будем иметь дело с классическим "сопротивлением".

Субъективная интерпретация

Невозможно предсказать как данный человек отреагирует на определенное слово или фразу. Необходимо помнить, что у него есть

64

своя оценочная шкала (то есть опыт, понимание), относительно которой он оценивает значение, услышанных высказываний. Поэтому необходимо осторожно подбирать слова, стараясь не оставлять ничего недосказанного, что можно было бы неверно интерпретировать. Гипнотический тренинг людей одного статуса позволяет видеть влияние, какое вызывают слова терапевта и vice versa; на обычных сессиях это невозможно. Возможность увидеть какие из высказываний облегчают гипнотический опыт, а какие препятствует, в гипнотической терапии самый ценный аспект тренинга, проводимого в малых группах (Erickson, Rossi, 1979, 1981; Matthews, Lankton, Lankton, 1993).

"Логика транса"

Применение гипноза в клинических условиях в значительной степени облегчает черта гипнотического состояния, называемая "логикой транса". Она относиться к тому, что клиент не чувствует необходимости в том, чтобы переживаемый опыт был полностью реалистичен или рационален. Это означает, что клиент способен принять, временно внушенную ему реальность, как единственно существующую, несмотря на то насколько она нелогична и неправдоподобна.

Логика транса это состояние добровольного принятия внушения клиентом, в которой отсутствует элемент критической оценки, уменьшающей важность и значение определенных утверждений. Возможность реагировать "как будто" что-то является реальным, может стать для клиента дверью, ведущей к открытию решений, наиболее полезных для терапии (Lynn, Rhue, 1991; Orne, 1959; Sheehan, McConkey, 1982).

Релаксация

Можно конечно, находясь в гипнотическом состоянии, не быть расслабленным, однако расслабление сознания и тела это основной элемент, который большинство людей связывает с этим состоянием. В гипнотических процессах обычно применяют расслабление как нечто, облегчающее разделение сознания и бессознательного. Расслабление ощущается клиентом как приятное, оно может также существенно изменить способ восприятия самого себя и даже убедить его в том, что он действительно находится под гипнозом (Benson, Carol, 1974; Edmonston, 1991; Mitchell, Lundy, 1986).

65

Релаксация, связанная с гипнозом, проявляется во многих физических изменениях (описанных далее в этой главе), а также в добровольной пассивности; клиент начинает все действия воспринимать слишком утруждающими. Просьба сказать что-нибудь или сделать, часто не вызывает никакой реакции у загипнотизированного, потому что внушенные действия требуют от него больше энергии, чем он желает растрачивать! Это еще один фактор за то, чтобы применить к клиенту подход, полный понимания, который позволит ему индивидуальным образом пережить гипноз, без необходимости "притворяться".

Физические признаки гипнотического состояния

Как узнать, находится ли клиент в состоянии гипноза? На такой вопрос есть лишь один ответ. Это не известно. Нельзя установить, в какой момент данный человек перешел из обычного состояния сознания в состояние гипнотическое, отличающееся большей концентрацией внимания. Приняв, что гипноз отличается от обычного психического опыта лишь глубиной, а не видом ощущений, трудно обозначить резкую границу разделяющую "обычное" состояние сознание от гипнотического. Также не существует жесткого разделения между различными ступенями глубины гипноза. Опытный терапевт способен однако заметить множество физических признаков, основываясь на которых может прийти к выводу, что клиент уже загипнотизирован (Enckson,

Rossi, Rossi, 1976):
Физические признаки, помогающие при наблюдении:
1. Мышечная релаксация. Стоит обратить внимание на уровень напряжения тела, особенно мышц лица, как перед гипнозом так и во время него.
2. Мышечные подёргивания. Когда тело и сознание расслабляются, часто возникает совершенно непроизвольная судорога мышц, связанная с неврологическими изменениями, происходящими во время релаксации.
3. Слезовыделение. По мере расслабления у клиента могут начать выделяться слезы. Некоторые считают это признаком того что он нервничает, однако это поспешный вывод. Если вы сомневаетесь спросите у клиента!
4. Закрытые глаза, при дрожащих веках. При концентрации и вхождении в гипноз часто дрожат веки, иногда довольно
66
быстро и обычно неосознанно. По прошествии значительной части гипнотического процесса, можно также увидеть сквозь ресницы быстрые движения зрачков, тем быстрее, чем больше визуальных элементов содержат, применяемые вами техники.
5. Изменение скорости дыхания. Это может быть ускорение и замедление дыхания. Чтобы вы смогли это заметить необходимо наблюдать за способом дыхания клиента до и в течении гипноза. Некоторые дышат поверхностно, другие глубже, одни дышат грудной клеткой, другие диафрагмой.
6. Изменение частоты пульса. Изменение темпа пульса, как ускорение, так и чаще встречающееся замедление, также характерное явление. Когда клиент сидит, обычно можно заметить пульс его шейной артерии. Если клиент позволит, можно держать его за руку (для "поддержки") контролируя его пульс на запястье.
7. Расслабление челюсти. Часто у клиента отвисает нижняя челюсть и чтобы ее закрыть необходимо сознательное усилие. (Я знал людей, которые из-за тенденции пускать слюну не участвовали в групповом гипнозе.
8. Каталепсия. Потеря свободы движений, называемая каталепсией, это характерный показатель погружения в гипноз. В отличие от сна, где спящий может постоянно двигаться или не двигаться вообще, загипнотизированный движется незначительно или вообще не движется из-за усилий, какие необходимо в это вложить. Клиент часто чувствует себя оторванным от своего тела и поэтому забывает о движениях. Иногда, это касается, особенно детей, можно встретить того, кто двигается энергично. Во время одного учебного курса у меня был студент, названный сокурсниками метателем молота, так как загипнотизированный, он любил кататься и вертеться по полу. Выйдя из гипноза он описывал, как хорошо себя чувствует, поскольку расслабил тело в движении. Даже если движение кажется вам слишком интенсивным и деконцентрирующим, клиент может все еще находиться под действием гипноза.
Каждый из описанных физических признаков может послужить общим указателем гипнотического состояния, но ни один из них не объясняет, что переживает клиент. В определенном смысле, тера-
67
певт это гость в чужом мире, поэтому он должен быть внимательным, осторожным и прежде всего помнить об уважении клиента Основой для оценки, когда перейти от одной фазы гипнотической сессии к другой, например от индукции к работе с пациентом, будет наблюдение за изменениями в физическом состоянии и поведении клиента Принимая за точку отсчета такие факторы, как мышечное напряжение, скорость дыхания и пульса и все, что удастся увидеть перед началом гипноза, терапевт будет иметь шанс заметить происходящие во время индукции изменения, говорящие о возникновении состояния, отличного от обычного состояния клиента. Нельзя познать природу самого переживания, но можно заметить перемены, намекающие на последствия действий терапевта Чем больше опыта вы приобретете в распознавании этих признаков, тем свободнее вы сможете подстраивать свои внушения к актуальным ощущениям клиента (Grinder, Bandler, 1981, O'Hanlon, 1987)
ЛИТЕРАТУРА
Benson, H , Carol, M (1974) The relaxation response Psychiatry, 37, 37-46
Crawford, H , Gruzeher, J (1992) A midstream view of (he neuropsycho-physiology of hypnosis Recent research and future directions W E Fromm, M Nash (red), Contemporary hypnosis research (s 227-266) New York Guilford

Edmonston, W (1991) Anesis W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Cut rent models and perspectives (s 197-237) New York Guilford
Enckson, M , Rossi, E , Rossi, M (1976) Hypnotic realities The induction of clinical Inpnosis and forms of indued suggestion New York Irvington
Enckson, M , Rossi, E (1979) Hypnotherapy An exploratory casebook New York Iivmgton
Enckson, M , Rossi, E (1981) Experiencing hypnosis Therapeutic approaches to altered states New York Irvington
Gilligan, S (1987) Therapeutic trances The cooperation principle in Encksoman hypnotherapy New York Brunner/Mazel
Grinder, J, Bandler, R (1981) Trance-formations Neuro-Linguistic Pwgiamming and the stiucture of hypnosis Moab, UT Real People Press
Hilgard, E (1965) Hypnotic susceptibility New York Harcourt, Brace & World
Hilgard, E (1986) Divided consciousness Multiple controls in human thought and action New York John Wiley & Sons
Hilgard, E (1992) Dissociation and theories of hypnosis W E Fromm, M Nash (red) Contemporary hypnosis research (s 69-101) New York Guilford
68
Kirsch, I, Council, J (1992) Situational and personality correlates of hypnotic respon-siveness W E Fromm, M Nash (red), Contemporary hypnosis research (s 267-291) New York Guilford
Kirsch, I, Lynn, S , Rhue, J (1993) Introduction to clinical hypnosis W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis (s 322) Washington, DC American Psychological Association
Lynn S , Rhue, J (1991) An integrative model of hypnosis W S Lynn, J Rhue (red) Theories of hypnosis Current models and perspectives (s 397-438) New York Guilrord
Matthews W , Lankton, S , Lankton, C (1993) An Encksoman model of hypnotherpy W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis (s 187-214) Washington, DC American Psychiatric Press
McConkey, К (1986) Opinions about hypnosis and self-hypnosis before and after hypnotic testing International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 34 311-319
Mitchell, G , Lundy R (1986) The effects of relaxation and imagery inductions on responses to suggestions International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 34 98 109
OHanlon, W (1987) Taproots Underlying principles of Milton Enck sons thei арл and hypnosis New York Norton
Orne M (1959) The nature of hypnosis Artifact and essence Journal of Abnormal and Social Psychology, 58, 111 299
Rossi E (1993) The psychobiology of mind-body healing New York Norton
Sheehan, P , McConkey, К (1982) Hypnosis and experience The exploration of phenomena and process Hillsdale, NJ Erlbaum
Shor, R (1959) Hypnosis and the concept of the generalized reahty-onentation American Journal of Psychotherapy, 13, 582-602
Spiegel, H , Spiegel, D (1987) Trance and treatment Clinical uses of hypnosis Washington, DC American Psychiatric Press
Weitzenhotfer, A (1989) Thepractice of hypnotism (t 1) New York John Wiley & Sons
Zeig, J (red) (1980) A teaching seminar with Milton H Erickson, M D New York Brunner/Mazel
Zeig, J , Rennick, P (1991) Encksoman hypnotherapy A communications approach to hypnosis W S Lynn, J Rhue (red), Theories of hypnosis Current models and perspectives (s 275-300) New York Guilford
69

Глава 11

ФАКТОРЫ ПРОВЕДЕНИЯ ГИПНОЗА

В этой главе я хотел бы обсудить некоторые факторы, которые могут влиять на работу с клиентом (включая образцы коммуникации и контакт клиента с терапевтом).

ВНУТРЕННИЕ ФАКТОРЫ

Определенные обстоятельства я считаю желательными для проведения гипноза, хотя они и не являются необходимыми. Во первых, лучше работать при относительной тишине. Отсутствие громкого шума, деконцентрирующего клиента, позволяет ему сконцентрироваться на внутреннем опыте. Однако чаще всего звонят телефоны, слышно как хлопают двери, люди разговаривают за ними, шум улицы, самолеты над головой, звуки падающих предметов, домашние животные, роняющие вазы, детские споры... Нет места идеально защищенного от внешнего шума. В этом

впрочем и нет необходимости. Чтобы помочь клиенту сконцентрироваться, необходимо воспользоваться способностью включать эти события в процесс индукции (Bandler, Grinder, 1979; Zeig, 1980/ 1985).

Еще одним положительным фактором может стать мягкий, спокойный свет. Он помогает создать свободную атмосферу, увеличивая чувство комфорта клиента. Я бы не рекомендовал слишком редуцировать освещение. Свет свеч для одних может быть подходящим, для других (например для меня) слишком таинственен и эзотеричен.

Третьим элементом, влияющим на способность клиента расслабляться, будет мебель. Кровати и софы приглашают нас воспользоваться ими, однако сильно ассоциируются со сном и усыпляют клиента. Мебель должна быть удобной, должна также поддерживать тело и голову клиента. Во время расслабления тело становится тяжелым; если не найдется соответствующей физической поддержки, может начать болеть шея и спина. Поэтому весьма практичны раскладные кресла с изголовьем и перекладиной для ног(А1тап, Lambrou, 1992; Weitzenhoffer, 1989).

70

Освещение, мебель, звуки окружения сами по себе не столь существенны, как то как они будут использованы. Основной принцип, это использовать то, что происходит, как составную часть процесса. Вмешательство нового фактора можно использовать так, чтобы оно органично влилось в процесс гипноза (Grinder, Bandler, 1981; Kelly, 1993; Stone, 1986).

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Вводя клиента в состояние гипноза, необходимо также принять во внимание его физическое состояние, то есть не его здоровье, а временные телесные ощущения, которые могут сыграть определенную роль во время сессии. Поэтому так важно удобство клиента, то есть соответствующая позиция тела, свободная одежда, не ограничивающая движений, подходящая температура. В таких условиях загипнотизированный не чувствует принуждения, его не дефокусируют факторы, требующие немедленной реакции.

Пациент не должен держать во рту резинку или леденец, которые во время релаксации могут привести к тому что он подавится. Многие носят контактные линзы, а некоторые из них скон-струированы так, что даже кратковременно закрывая глаз, болезненно раздражается роговица. Спросите клиента, не желает ли он снять очки, контактные линзы, обувь или что-нибудь еще, что может помешать его концентрации.

Еще одной помехой может быть влияние алкоголя и наркотиков, обычно осложняющих успешную работу. Исключением будут лекарства, прописанные клиенту, но даже они потенциально могут снижать гипнотическую податливость. Также помехой может стать усталость клиента, которого правда будет легче усыпить, однако трудно склонить к нужной внутренней концентрации (Beahrs, Carlin, Shehorn, 1974; Spiegel, 1986).

ЛИТЕРАТУРА

Alman, В., Lambrou, Р. (1992). Self-hypnosis: The complete manual for health and self-change. New York: Brunner/Mazel.

Handler, R., Grinder, J. (1979). Frogs into princes. Moab, UT: Real People Press.

Beahrs, J., Carlin, A., Shehorn, J. (1974). Impact of psychoactive drugs onhypnotizabili-ty. American Journal of Clinical Hypnosis, 16, 267-269.

71

Grinder, J., Bandler, R. (1981). Trance-formations: N euro-Linguistic Programming and the structure of hypnosis. Moab, UT: Real People Press.

Kelly, S. (1993). The use of music as hypnotic suggestion. American Journal of Clinical Hypnosis, 36, 3, 83-90.

Spiegel, D. (1986). Effects of psychoactive medication on hypnosis. W: B. Zilbergeld, M. Edelstein, D. Araoz (red.), Hypnosis: Questions and answers (s. 345-349). New York: Norton.

Stone, J. (1986). Presentations of doctor and office to facilitate hypnosis. W: B. Zilbergeld, M. Edelstein, D. Araoz (red.), Hypnosis: Questions and answers (s. 69-75). New York: Norton.

Weitzenhoffer, A. (1989). The practice of hypnotism (t. 2). New York: John Wiley & Sons.

Zeig, J. (red.) (1980). A teaching seminar with Milton H. Erickson, M.D. New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (1985). Experiencing Erickson: An introduction to the man and his work. New York: Brunner/Mazel.

72

часть 2

ПРАКТИКА

Глава 12

ФОРМУЛИРОВАНИЕ ВНУШЕНИЙ

Эта глава концентрируется на определенных чертах интерперсональной коммуникации, являющихся переменными в паттернах гипнотических стратегий, но прежде всего на стилях и структуре гипнотических внушений.

СТИЛИ КОММУНИКАЦИИ

Осознание существующих различий, как между методами подачи информации, так и возможностями сознания и бессознательного, будет начальным условием для успешного применения гипноза. Формулирование внушений, у которых есть шансы пробиться в мир бессознательного и есть один из источников силы гипноза.

Существуют две основные категории гипнотической коммуникации: непосредственная и косвенная. Они не только взаимно не исключают друг друга, но я даже сомневаюсь, возможно ли (или желаемо ли) провести успешный гипнотический сеанс исключительно при помощи одной из них. Внушения отличаются уровнем непосредственности, занимая всякий раз место на шкале, между "непосредственно" и "косвенно". Решения, о том какую методику применить в конкретный момент, зависит от природы внушения (необходимо учитывать такой фактор, как потенциальная опасность для клиента) и уровня гипнотической податливости (Alman, Carney, 1980; Erickson, Rossi, 1979; Zeig, Rennick, 1991).

73

Непосредственные внушения

Такие внушения непосредственно касаются, описываемой проблемы или посредством их терапевт пытается получить определенные реакции. В значительной степени они относятся к сознательному опыту данного человека и обычно дают конкретные решения проблем, а также детальные инструкции о том как реагировать на рекомендации и вопросы терапевта.

Если начиная гипнотическую индукцию, терапевт захочет чтобы клиент закрыл глаза, решая применить непосредственный подход, он может сказать нечто следующее:

"Закройте глаза".

"Пожалуйста закройте глаза".

"Вы можете закрыть глаза".

"Позвольте своим векам опуститься".

"Я хотел бы, чтобы вы закрыли глаза".

Таблица 2. Основные стили и структуры гипнотических внушений

Позитивные внушения:

"Вы можете выполнить действие X".

Негативные внушения:

"Вы не можете выполнить действие X".

Непосредственные внушения:

"Вы можете выполнить действие X"

Косвенные внушения:

"Я знал человека, которому нравилось выполнять действие X".

Общие внушения:

"Вы можете вспомнить конкретную ситуацию X".

Конкретные внушения:

"Вспомни учителя из третьего класса".

Пермисивный стиль:

"Можете позволить себе выполнить действие X".

74

Авторитарный стиль: "Выполните действие X".

Постгипнотическое внушение:

"Когда вы окажетесь в ситуации А, вы сможете выполнить действие X".

Польза от непосредственных внушений:

1 имеют непосредственную связь с описываемым (это уменьшает сознательное беспокойство клиента, относительно способности решить его проблемы терапевтом);

2. могут помочь ясно определить и постоянно напоминать о цели, к какой идет клиент;
3. непосредственно и активно вовлекают клиента в сам процесс;

4. могут послужить моделью в решении будущих сложностей, которые могут возникнуть при использовании метода сознательного решения проблем.

Среди недостатков непосредственного внушения, необходимо сказать, что в нем чрезмерно приходится полагаться на то, чтобы клиент сознательно уступил влиянию и то что в меньшей степени используются резервы бессознательного. Непосредственное упоминание проблемы данного человека, потенциально опасной для него, может вызвать сопротивление, что в свою очередь увеличит возможность проявления реакций сопротивления и даже отказа принять внушение.

Чтобы сделать возможным сознательное принятие решения о том каким образом использовать непосредственное внушение, так чтобы это дало шанс получить положительный гипнотический опыт, необходимо провести оценку негативных и позитивных сторон этой методики для конкретного случая. (Crasilneck, Hall, 1985; Kroger, 1977; Spiegel, Spiegel, 1987; Weitzenhoffer, 1989).

75

Косвенные внушения

Косвенные внушения это те, которые или имеют тесную связь с проблемой или вызывают желательные реакции замаскированным и поэтому более мягким образом. Эти внушения могут быть весьма тонкими. Обычно, они не упоминают конкретно сознательный опыт данного человека, поэтому требуют от клиента интерпретаций. Применение косвенных внушений может привести к тому, что на уровне сознания клиент будет думать о смысле ведущейся беседы, в то время как его бессознательное начнет ассоциировать полученную информацию с внутренним опытом (скрытые динамические процессы), прокладывая таким образом дорогу к переменам.

Косвенные внушения могут принимать различные формы, такие как рассказы, аналогии, анекдоты, каламбуры, домашние задания или скрытые в контексте внушения. Когда мы хотим вызвать реакцию клиента, не говоря ему напрямую, как конкретно он должен поступить, то всегда применяем косвенное внушение.

Если на основании поведения клиента вы делаете вывод, что он закроет глаза скорее под действием косвенного внушения нежели непосредственного, то вы можете применить следующие формулы:

"Человек, податливый гипнозу, начинает с того что закрывает глаза".

"Можете ли вы позволить своим векам опуститься?" "Многие мои клиенты любят сидеть в этом кресле, закрыв глаза".

"Удобнее ли вам будет слушать меня с закрытыми глазами?" "Как вы считаете, какая мысль поможет вашим глазам спокойно закрыться?"

Польза косвенных методов состоит в лучшем использовании бессознательных резервов клиента. Когда внушения подаются в такой форме, что пробуждают воспоминания или вызывают ассоциации и ощущения, которые могут иметь терапевтическое значение, большая часть личности на разных уровнях вовлекается в терапию. Кроме того, увеличенная дистанция между внушением и целенаправленным поведением или эмоцией, уменьшает необходимость постановки защитных барьеров. Такая дистанция может кроме того сделать так, что клиент не будет уверен в том, каким образом внушение связано с желаемым изменением личности и поэтому допустит любую, полезную для себя интерпретацию. Терапевт, не требуя проявить, выбранную им реак-

76

цию, оказывает клиенту большее уважение (Brown, 1991; Lankton, Lankton, 1983; Zeig, 1980).

К отрицательным чертам косвенного стиля относится потенциальная неуверенность гипнотизируемого или страх того, что терапевт не в состоянии или не желает заниматься его проблемой: "Если терапевт не может это сделать, то как с этим справлюсь я?" Клиент может почувствовать, что им манипулируют или обманывают. Существует также опасность того, что подсознание смягчит этот вопрос, оставляя сознание в неведении того каким образом произошли изменения Проблема будет решена, но само решение не даст заинтересованному ключ к решению будущих проблем (Lehrer, 1986; Yapko, 1983).

Выбор стиля

Принципы выбора стиля и области его применения необходимо подчинить двум факторам: глубине самоанализа, желаемого или необходимого, для того чтобы интервенция была успешной и уровню податливости клиента.

Некоторые клиенты ожидают, что понимание проблемы наступит на уровне сознания, часто повторяя вопрос "почему". Другим важнее, чтобы произошла перемена, независимо в какой

форме. Чем сильнее данный человек желает сознательного понимания, тем успешнее косвенный подход разрушает паттерны, которыми он обычно пользуется, увеличивая таким образом вероятность перемен. Однако есть опасность, что решительный клиент примет косвенные методы за попытку отделаться от него, потеряет терпение и мотивацию, отказываясь от того, что вы ему предлагаете, сочтя это бесполезным. Только опыт может научить вас верно оценить, какой стиль вы должны применить в случае конкретного клиента.

Вторым фактором, который необходимо учесть при выборе стиля непосредственного или косвенного, будет уровень гипнотической податливости клиента (или "сопротивления", традиционно понимаемого, как отсутствие реагирования). Вот основной принцип: применяйте косвенный метод прямо пропорционально уровню встречаемого или предполагаемого сопротивления (Zeig, 1980). Другими словами, чем большее вы ощущаете нежелание со стороны клиента поддаться внушению, тем больше внушения вам нужно представить в косвенной форме.

77

Поведение терапевта

До недавнего возрастания интереса к косвенным методикам индукции и использованию гипнотического состояния, выбор стиля поведения ограничивался выбором способа поведения терапевта в период подачи непосредственных внушений. Отдельные стили находились на шкале между "авторитарным" и "разрешительным" полюсами. Эти термины все еще могут быть полезны для описания отношений между терапевтом и клиентом. Авторитарный подход основан на доминировании — терапевт приказывает клиенту реагировать определенным образом. Переменными, на которых опирается терапевт будут здесь авторитет и сила, а реакцией "хорошего" клиента должна быть уступчивость.

С авторитарным подходом связано подача внушений в форме рекомендаций, например:

"Когда я досчитаю до трех закройте глаза".

"Когда я щелкну пальцами вам будет шесть лет".

"Когда я прикоснусь к вашему плечу, вы войдете в глубокий
гипноз".

"Вы не сможете прикурить сигарету".

"Вы не будете помните ничего из того, что сейчас испытываете".

На противоположном конце шкалы находится "разрешительный" подход, в значительно большей степени уважающий способность клиента делать выбор, соответствующий его интересам. Особенное внимание уделяется здесь тому, чтобы клиент осознал, свою способность соответственно отреагировать, вместо того чтобы требовать от него определенные реакции, например:

"Может вам будет интересно найти иной способ улучшить самочувствие".

"Я подумал, рассматривали ли вы возможность усвоения данных методов с большей легкостью, чем вы предполагали". "Не знаю в какой позиции вам будет удобнее". "Может вам легче будет сконцентрироваться с закрытыми глазами". "Если хотите, то можете послушать, то что я буду описывать".

78

Терапевт лишь намекает на то, что может испытать клиент, если он на это отважится. Ответственность за использование предоставляемой терапевтом информации (по собственной воле), в значительной мере заслуга клиента. И что из этого следует, терапевт уважая выбор данного человека, каждую реакцию принимает как верную. Таким образом, классическое понятие "сопротивления" теряет свой смысл (Gilligan, 1987; Gordon, Meyers-Anderson, 1981; Grinder, Bandler, 1981; Haley, 1985; Stanton, 1985).

СТРУКТУРЫ ВНУШЕНИЙ

Вместе с выбором стиля, подачи внушения, мы должны выбрать его определенную структуру. Далее я описываю возможные варианты.

Позитивные внушения

Позитивные внушения наиболее популярны, просты и успешны. Они придают силу и храбрость, конструируются они таким образом чтобы помочь осознать клиенту, что он в состоянии испытать или достичь желаемого. Поскольку слова заставляют вспомнить опыт, который они выражают (слова как символы опыта), позитивное внушение строится таким образом, чтобы стимулировать желаемые реакции. Вот пример позитивных внушений (и одновременно разрешительных):

"С каждым вдохом вы можете ощущать себя более свободно".

"Вы можете вспомнить то мгновение, когда гордились собой".

"Вы в состоянии найти в себе силы, о существовании которых
даже не подозревали".
"Вы можете заметить, как приятно чувствовать себя расслабленным".
"Вы можете почувствовать приятное тепло в ладонях".
Негативные внушения
Если умело пользоваться негативными внушениями, можно спровоцировать желаемую реакцию клиента, хотя, а точнее именно поэтому, ему внушают не реагировать желаемым образом.
Примененные внимательно и с умом они могут оказаться исключительно полезными. Далее представлены примеры негативных
79
внушений. Обратите пожалуйста внимание на чувства, какие вызывает их медленное прочтение.
"Не думайте о своем любимом цвете".
"Не думайте о том сколько времени".
"Рекомендую не обращать внимание на это ощущение в ногах".
"Вы не должны теперь думать с симпатией о своей школе".
"Попытайтесь не думать о том, кто из ваших друзей больший
материалист".
Слишком часто негативные внушения возникают случайно, вызывая нежелательные реакции, после которых терапевту приходиться вспоминать, в каком месте он допустил ошибку. Если терапевт успокаивает клиента словами: "Не бойтесь этого, просто выкиньте это из головы", то реакция, скорее всего, будет обратной, и клиент будет именно об этом постоянно беспокоиться.
Конкретные внушения
Конкретные внушения содержат детальные описания чувств, воспоминания, мысли или фантазии, которые клиент должен испытать во время гипноза. Приведение деталей, касающихся каждого элемента внушаемого опыта может вызвать желаемый эффект, помогая клиенту получить более полное и таким образом более удовлетворяющее переживание. Примеры конкретных внушений:
"Подумайте о красной розе, о ее мягких, бархатных лепестках
и нежном сладком запахе".
"Представьте, что вы на пляже в ясный солнечный день, вы
ощущаете тепло солнца, вдыхаете запах соленого морского
бриза, слышите как волны накатывают на берег".
"Помните ли вы, как приятно откусить спелый апельсин, рот
наполняется слюной, по пальцам течет сок, как приятен этот
вкус?"
Каждый из этих примеров предлагает детальные данные о том, что должен испытать клиент и может помочь, но может стать источником потенциальной опасности, связанной с конкретными внушениями. Поскольку может случиться, что предлагаемая терапевтом информация вовсе не та, которую клиент выбрал бы самостоятельно.
80
Поэтому необходимо помнить, что чем больше деталей приводит терапевт, тем больше вероятность того, что он скажет что-нибудь, идущее вразрез с опытом клиента (Grinder, Bandler, 1981; O'Hanlon, 1993).
Общие внушения
В отличие от конкретных внушений, в общих отсутствуют детали, они дают клиенту свободно выбирать элементы, ассоциируемые с внушаемым опытом (то есть выполнить проекцию). Они дают клиентам шанс, в рамках процесса использовать собственный опыт и информацию. Таким образом, внушение, которое на первый взгляд может показаться слишком обобщенным, чтобы быть успешным, становится импульсом для высоко индивидуализированного переживания. Вот примеры обобщенных внушений:
"Вы в состоянии вспомнить конкретное воспоминание своего детства, то к которому вы так давно не обращались". "Когда вы так удобно сидите, вы можете испытать определенные приятные ощущения".
"Вы можете осознать что в комнате слышен определенный специфический звук".
"Помните ли вы тот особенный момент, когда вы были так довольны собой?"
Ни одно из этих внушений ничего не уточняет, не говорит какое воспоминание имеется в виду, чувство, звук или событие. Сам клиент делает выбор этого элемента опыта. Применяя определения "конкретный", "определенный", "специфический", "особенный" можно заставить

клиента сконцентрироваться исключительно на одном из своих переживаний. Сделанный им выбор это результат интеракции между выбором сознания и бессознательного (Erickson, Rossi, 1979; Zeig, 1980).

Постгипнотические внушения

Постгипнотические внушения это внушения даваемые клиентам, находящимся в гипнозе, и касающиеся поведения и чувств, которые должны возникнуть когда они из него выйдут. Они дают возможность создать новые реакции или перенос на данную ситуацию опыта, полученного во время гипноза. Если клиенту предстоит использовать новые возможности в будущем опыте, то постгипнотические внуше-

81

ния должны стать интегральной частью терапевтического процесса. Без них навыки или знания, полученные во время сессии, вероятнее всего будут существовать лишь в рамках гипнотического состояния, поскольку гипнотические реакции неразрывно связаны с определенным внутренним состоянием. Постгипнотические внушения позволяют приобретенным навыкам перейти внутренние границы и предоставят доступ к ним также в других состояниях сознания. Если клиент способен вести себя неким образом или ощущать нечто лишь в состоянии гипноза, это не решит его проблем.

Постгипнотические внушения помогают обрести уверенность в том, что желаемые реакции будут включены в обычную жизнь, заменяя вредные реакции или их отсутствие. Их также можно использовать с целью облегчения последующей работы с клиентом, давая ему внушение того, что во время следующих сессий он будет входить в состояние гипноза глубже и быстрее (Erickson, Rossi, 1979; Lankton, Lankton, 1983).

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ВНУШЕНИЯ

В то время как описанные стили и структуры гипнотических внушений, являются основными, из этих составляющих, можно создать множество форм, которые в данном случае могут оказаться наиболее успешными. Некоторые из них описаны в этой части главы.

Открывающие вопросы (accessing questions)

Вопросы, способствующие тому, что клиент начинает реагировать на уровне скорее опыта нежели слов, называются открывающими вопросами. Сильнее чем риторические вопросы, они концентрируют внимание клиента на отдельных аспектах его опыта, укрепленного соответствующим вопросом, например: "Можете ли вы ясно вспомнить впечатление покоя и расслабления, испытанное вами под горячим солнцем, ощущение что оно согревает ваше тело?". Открывающие вопросы также называют "постулатами беседы" (Bandler, Grinder, 1979; Hammond, 1990).

82

Двузначные внушения

Чтобы поддержать проекцию клиента, иногда целенаправленно, как и в случае обобщенных внушений, пользуются двузначными внушениями. Двузначность может касаться действия, которого желает клиент или значения внушения. Например внушение: "Некоторые демонстрируют в таких ситуациях железную последовательность и неуступчивость", может быть интерпретировано клиентом двояко, поскольку не ясно, хвалит ли терапевт его выдержку, или критикует за упрямство (Grinder, Bandler, 1981;O'Hanlon, 1985).

Смешение противоположностей

Смешение противоположностей используют, когда дают внушения, ведущие к явной поляризации опыта клиента, например: "По мере того, как ваша левая рука будет становиться приятно холодной и начнет неметь, вы заметите, что правая рука становится приятно теплой и чувствительной" (Erickson, Rossi, 1979; Hammond, 1990).

Объединение сравнительных возможностей

Побуждение клиента объединять сравнительные возможности, приводит к ситуации "вынужденного выбора", когда каждое решение приносит удовлетворительный результат: "Вы желаете испытать глубокий гипноз, сидя на этом или на том кресле?". Это объединение действует, пока клиент реагирует в рамках обозначенных внушением (Hammond, 1990).

Дезориентирующие внушения

Внушения, построенные так, чтобы целенаправленно дезориентировать или запутать клиента, и таким образом укрепить его реактивность, сгладить слишком интеллектуальную позицию или облегчить диссоциацию, мы называем дезориентирующими. Например, вам может показаться, что вы осознаете цель таких внушений, но также ваше бессознательное любит ясные ситуации, поэтому если в своем сознании вы убеждены, что оно осознанно будет работать на бессозна-

тельную структуризацию сознательных и бессознательных образцов сознательного понимания на бессознательном уровне, того что вы способны перегрузить способности клиента понимать, тогда убедитесь,
83
что применяете дезориентирующее внушение в подходящей ситуации. В этом хаосе находятся определенные ясные, осмысленные и целенаправленные указания, которые выделяются на фоне общей путаницы. Подробнее об этом в главе 16. (Erickson, 1964; Gilligan, 1987; Otani, 1986).

Комплексные внушения

Одной из методик разрушения сопротивления клиента и поддержки его реактивности на хорошем уровне, будет учет во внушении, всех возможных реакций клиента. Таким образом, каждая реакция принимается полезной, доказывающей желание сотрудничать: "Можете вспомнить что-нибудь важное... то что случилось давно... или недавно... или нечто среднее...". Ну что же, других возможностей просто не существует. Конечно, каждое воспоминание, касается прошлого, поэтому все они будут соответствовать этому внушению, гарантируя позитивную реакцию (Grinder, Bandler, 1981; Hammond, 1990).

Скрытые указания

Косвенным способом склонения клиента к позитивным реакциям, будут укрытые указания. Первая часть высказывания будет косвенным внушением, чтобы создать нечто, из чего будет вытекать непосредственное указание реакции. Например: "Когда через минуту вы почувствуете как поднимается ваша рука (косвенное внушение), вы заметите, что она очень, очень легкая (непосредственное внушение)" (Bandler, Grinder, 1979; Erickson, Rossi, 1975).

Переплетание внушений

Частый повтор ключевых слов или фраз во время внушения, называется переплетением. Вы можете использовать данный метод для того чтобы углубить гипноз, облегчить ощущения выбранного гипнотического явления, привить идеи к которым вы пожелаете обратиться в будущем или подчеркнуть важность информации. Например: "Глубокий мыслитель это тот, кто рассуждает о глубоком, он может прийти к глубокому пониманию самого себя, обретая глубокие знания о внушении" (Erickson, 1966; Zeig, 1980).
84

Метафоры

Метафорами в книгах по гипнозу принято называть рассказы. Метафоры — косвенный метод достижения многих целей. Они считаются одним из самых мощных и мягких средств предоставления клиентам важной информации, поэтому они детально рассмотрены в дальнейших главах (Barker, 1985; Gordon, 1978; Wallas, 1985).

Парадоксальные внушения

В парадоксальные внушения входят элементы, на первый взгляд, кажущиеся противоречивыми, например: "В течение следующей минуты у вас будет столько времени, сколько вы захотите для завершения работы по внутренней интеграции новых возможностей" (Lange, 1988; Seltzer, 1986).

Пресуппозиции (языковые предпосылки)

Применяя пресуппозиции принимается, что реакция клиента наверняка произойдет, это лишь вопрос времени: "Как вы будете приятно удивлены, когда узнаете, что стали понимать пресуппозиции" (Gordon, 1985; Haley, 1973).

Юмор

Использование юмора при конструировании внушений, может стать ценным способом вовлечения клиента в гипнотический процесс, одновременно вводя позитивные и приятные ассоциации, связанные с гипнозом. Например: "Некоторые любят когда гипноз проводят естественно, но мы ведь знаем, что на естественные методы нельзя полагаться" (Erickson, Rossi, 1979; Zeig, 1980).

Трюизмы

Трюизм это обычное наблюдение, так естественное, что его нельзя отрицать. Трюизмы применяют для получения акцептации клиентом внушения, которое возникает после принятия им трюизма: "Каждый человек исключителен, мы все это знаем (трюизм), и поэтому вы можете испытать глубокий гипноз, своим неповторимым, исключительным образом" (Erickson, Rossi, 1979; Hammond, 1990).
85

итог

Слова это раздражители, вызывающие реакции. Одинаковые или похожие на те, которые вызывают предметы и идеи, представляемые ими, поэтому как слова так и способ их

произношения необходимо старательно подбирать.

ЛИТЕРАТУРА

Alman, B., Carney, R. (1980). Consequences of direct and indirect suggestions on success of posthypnotic behavior. American Journal of Clinical Hypnosis, 23, 112-118.
Bandler, R., Grinder, J. (1979). Frogs into princes. Moab, UT: Real People Press.
Barker, P. (1985). Using metaphors in psychotherapy. New York: Brun-ner/Mazel.
Brown, P. (1991). The hypnotic brain. New Haven, CT: Yale University Press.
Crasilneck, H., Hall, J. (1985). Clinical hypnosis: Principles and applications. Orlando: Grune & Stratton.
Erickson, M. (1964). The confusion technique in hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis, 6,183-207.
Erickson, M. (1966). The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. American Journal of Clinical Hypnosis, 8,198-209.
Erickson, M, Rossi, E. (1975). Varieties of double bind. American Journal of Clinical Hypnosis, 17,143-157.
Erickson, M, Rossi, E. (1979). Hypnotherapy: An exploratory casebook. New York: Irvington.
Erickson, M., Rossi, E. (1981). Experiencing hypnosis: Therapeutic approaches to altered state. New York: Irvington.
Gilligan, S. (1987). Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy. New York: Brunner/Mazel.
Gordon, D. (1978). Therapeutic metaphors. Cupertino, CA: Meta Publications.
Gordon, D. (1985). The role of presuppositions in Ericksonian psychotherapy. W: J. Zeig (red.), Ericksonian psychotherapy, t.l, Structures (s. 62-76). New York: Brunner/Mazel.
Gordon, D., Meyers-Anderson, M. (1981). Phoenix: Therapeutic patterns of Milton H. Erickson, M.D. Cupertino, CA: Meta Publications.
Grinder, J., Bandler, R. (1981). Trance-formations: N euro-Linguistic Programming and the structure of hypnosis. Moab, UT: Real People Press.
Haley, J. (1973). Uncommon therapy. New York: Norton.
Haley, J. (red.). (1985). Conversations with Milton H. Erickson, M.D. (t. 1). New York: Triangle Press.
Hammond, D. (red.). (1990). Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York: Norton.

Kroger, W. (1977). Clinical and experimental hypnosis. Philadelphia: Lippin-cott.
Lange, A. (1988). A new way of motivating clients to carry out paradoxical as-I signments: The combination of paradoxical and the congruent. W: J. Zeig, S. Lankton (red.), Developing Ericksonian therapy: State of the art. (s. 280-301). New York: Brun-I ner/Mazel.
Lankton, S., Lankton, C (1983). The answer within: A clinical framework of I Ericksonian hypnotherapy. New York: Brunner/Mazel.
Lehrer, M. (1986). How much complexity and indirection are necessary? W: B. j Zilber-geld, M. Edelstein, D. Araoz (red.), Hypnosis: Questions and answers (s. 244-247). | New York: Norton.
O'Hanlon, W. (1985). A study guide for frameworks of Milton H. Ericksons J hypnosis and therapy. W: J. Zeig (red.), Ericksonian psychotherapy, 1.1, Structures (s. 31-51). New York: Brunner/Mazel.
O'Hanlon, W, Martin, M. (1993). Solution-oriented hypnosis. New York: Norton.
Otani, A. (1989). The confusion technique untangled: Its theoretical rationale and preliminary classification. American Journal of Clinical Hypnosis, 31 (3), 164-172.
Seltzer, L. (1986). Paradoxical strategies in psychotherapy. New York: John Wiley & Sons.
Spiegel, H., Spiegel, D. (1987). Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis. Washington, DC: American Psychiatric Press.
Stanton, H. (1985). Permissive vs. authoritarian approaches in clinical and experimental settings. W: J. Zeig (red.), Ericksonian psychotherapy, t. 1, Structures (s. 293-304). New York: Brunner/Mazel.
Wallas, L. (1985). Stories for the third ear: Using hypnotic fables in psyclw-therapy. New York: Norton.
Weitzenhoffer, A. (1989). The practice of hypnotism (t. 1-2). New York: John Wiley & Sons.
Yapko, M. (1983). A comparative analysis of direct and indirect hypnotic communication styles. American Journal of Clinical Hypnosis, 25, 270-276.
Zeig, J. (red.). (1980). A teaching seminar with Milton H. Erickson, M.D. New York: Brunner/Mazel.
Zeig, J., Rennick, P. (1991). Ericksonian hypnotherapy: A communications approach to hypnosis. W: S. Lynn, J. Rhue (red.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (s. 275-300). New York: Guilford.

Глава 13

ОБРАЗЦЫ ГИПНОТИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ

В этой главе содержаться общие указания о подборе слов и фраз, применяемых во время гипнотической сессии. Данные замечания должны помочь терапевту так формулировать внушения, чтобы увеличить вероятность принятия их клиентом.

ФОРМУЛИРУЙТЕ ВНУШЕНИЯ ПРОСТЫЕ И ЛЕГКИЕ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ

Чем более сложно внушение, тем больше данному человеку придется полагаться на помощь сознания в упорядочении инструкций. А чем чаще клиент обращается к сознанию, тем труднее войти в контакт с бессознательным, что ставит под вопрос целесообразность проведения гипноза. Формулирование внушений относительно простых, позволяет клиенту участвовать в гипнотическом процессе, без необходимости критического и таким образом сознательного анализа, интерпретации и оценки, даваемых ему внушений.

ГОВОРИТЕ НА ЯЗЫКЕ КЛИЕНТА

Я говорил, до какой степени слова могут соответствовать опыту. Даже когда мы пользуемся разговорным языком, выражаемые им внутренние ощущения отличаются друг от друга. Использование слов клиента и придание им своих значений, перевод их на ваш язык, увеличит вероятность недоразумений в коммуникации. В то же время пользуясь языком своего клиента, даже на минуту нельзя быть уверенным в том, что он понимает вас. Вы однако можете применять этот язык, так как двигаетесь в его мире, а не в своем (O'Hanlon, 1987; Sherman, 1988).

ПОЗВОЛЬТЕ КЛИЕНТАМ ОПРЕДЕЛИТЬ ВСЕ В КАТЕГОРИЯХ ОПЫТА

Поскольку слова это символы опыта, применение одних и тех же слов не означает описание одного и того же опыта. Именно поэтому важно, чтобы клиент объяснил свой опыт как можно точнее. Никакая речь полностью не сможет передать субъективный опыт данного человека, но чем более детальное описание вы получите, тем больше у вас будет шансов для успешной интервенции (Bandler, Grinder, 1079; Zeig, 1980).

ПРИМЕНЕНИЕ НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ И ПОЗИТИВНЫХ КОНСТРУКЦИЙ

Внушения необходимо формулировать в настоящем времени и в категориях опыта данного человека. Большинство терапевтических внушений, хотя и касаются неким образом будущего опыта, все же гипнотическая сессия это помост между "теперь" и "потом". Принципиальная структура внушения объединяет настоящее с желаемым: "По мере того, как вы испытываете это, вы можете начать ощущать то". Постоянная обратная связь актуального состояния клиента и того, чего он должен достичь, необходима для достижения перемен.

Внушения необходимо формулировать, опираясь на позитивные структуры, необходимо говорить о том, что данный человек может сделать, и не упоминать о том, чего он не может (Grinder, Bandler, 1981; Hammond, 1990).

ПОДДЕРЖИВАЙТЕ И ОБОДРЯЙТЕ КЛИЕНТА

Поддерживая клиента, мы часто помогаем ему обрести внутренние силы и возможности, ранее им незамеченные (Erickson, Rossi, 1979; Hammond, 1990).

ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ОТВЕТСТВЕННОСТИ КЛИЕНТА ЗА РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

В различных терапевтических концепциях применяется различная терминология для определения понятия ответственности. Все они связаны с необходимостью принятия клиентом определенной ответственности за то, что он испытывает. Помогать людям открыть то, что они имеют, в лучшем случае способность контролировать течение своей жизни или в худшем, своих реакций на возникшую ситуацию, это неотъемлемая составляющая терапевтической работы (Ellis, 1987; Walter, Peller, 1992).

ВЫБЕРИТЕ СЕНСОРНЫЕ КАНАЛЫ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ГИПНОТИЧЕСКОМУ ОПЫТУ

Одна из наиболее практичных концепций, возникшая из модели нейро-лингвистического программирования (НЛП) Ричарда Бэндлера и Джона Гриндера, касается определения характерного для данного человека стиля сбора, хранения и получения информации, а также способа коммуникации.

Каждый человек неустанно обрабатывает ощущения, при помощи всех органов чувств. Вопрос, который нас интересует, это выбор сенсорных каналов (систем репрезентации), доминирующих в определенном контексте. Если терапевт в состоянии идентифицировать, выделяемую клиентом систему сенсорных раздражителей, то он может подстроить к ней свою модель коммуникации и таким образом, благодаря установлению более глубокого взаимопонимания, повысить вероятность

произвести значительное влияние.

Язык клиента, особенно предикаты (также глаголы, наречия, прилагательные), это отражение излюбленного сенсорного канала, в период обработки информации. Соответственно этому можно подбирать слова (Yapko, 1981).

Язык, который вы будете применять во время гипноза сориентирует вашего клиента на один или более органов чувств. К основным раздражителям относятся: зрение, слух, осязание. Ощущения обоняния и вкуса можно включить в категорию осязания.

90

Желая склонить клиента обратить внимание на визуальные |аспекты опыта, необходимо применить терминологию, связанную с (органами зрения, как показано в примере:

"Представьте себе, что вы на пляже... создайте в воображении ясный образ берега... посмотрите на горизонт... обратите взгляд на далекие паруса... порадуйте взор успокаивающими картинами искрящейся на солнце водной глади..."

Чтобы клиент сконцентрировался на слуховом аспекте, необходимо обратиться к чувству слуха:

"Не знаю, что вы говорите себе... когда мысленно обращаетесь к себе... но внутренний диалог играет важную роль в общем восприятии вашего опыта... было приятно услышать, что вы говорите о себе позитивно..."

Кинестетический аспект опыта включает, как чувства так и [осязательные впечатления, поэтому чтобы склонить клиента к концен-' трации на кинестетическом опыте, необходимо воспользоваться язы-;' ком этих ощущений:

"Когда вы минуту назад призвали это радостное воспоминание... ваше поведение полностью изменилось... вероятно это было чудесное ощущение... испытывать чувство любви... ощущать понимание... такое сильное и явное, что практически ощутимое физически... это и есть мощный эмоциональный опыт... которого вам нужно придерживаться всю вашу жизнь..."

I Как общее правило можно принять, что чем более решительно

вы сконцентрируете внимание клиента на тех аспектах опыта, которые в нормальных условиях ему не видны, тем более ценным станет для него весь процесс. Терапия часто основана на развитии неразвитых частей "я" и "ориентированных на восприятие" вопросах, которые ранее оставались вне области восприятия данного человека.

91

ДАВАЙТЕ КЛИЕНТАМ ЛИШЬ НЕОБХОДИМУЮ ИНФОРМАЦИЮ

Хотя давать клиенту информацию, связанную с лечением очень важно, необходимо помнить не давать ее слишком много. Предоставление возможности клиенту выстроить защиту, с помощью анализа и критики поведения терапевта, может привести к фатальным последствиям для самой терапии.

Проблема избирательной подачи информации или ее замалчивания может стать этической дилеммой. Как клиент может выразить сознательное согласие на лечение, если не знает, чем занимается терапевт^ С другой стороны однако, если он исчерпывающе проинформирован, то могут не сработать некоторые действия, особенно, имеющие стратегическое значение для всей терапии. Эти вопросы необходимо основательно изучить, отдельно для каждого случая (Booth, 1988, Frauman, Lynn, Brentar, 1993).

ПОЗВОЛЬТЕ КЛИЕНТУ РЕАГИРОВАТЬ В СВОЙСТВЕННОМ ЕМУ ТЕМПЕ

Все мы действуем согласно своим внутренним часам, в собственном ритме, в случае с гипнозом такая тенденция возрастает до роли принципиальной составляющей интеракции — просто нельзя заставлять другого человека реагировать в темпе, отличном от его собственного. Поэтому необходимо позволить клиенту отвечать желаемой реакцией, когда он сам почувствует подходящий для этого момент (Enckson, Rossi, 1979).

ПРЕЖДЕ ЧЕМ КОСНУТЬСЯ КЛИЕНТА, СПРОСИТЕ ЕГО РАЗРЕШЕНИЯ

Я видел множество сессий, которые в одну секунду были приговорены к поражению, поскольку у терапевта возникло убеждение, что он уже достаточно хорошо вошел в контакт с клиентом, чтобы прикоснуться к нему. Многие терапевты, будучи людьми непосредственными, вообще не задумываются о том, как важно получить согласие клиента на такое доверие и на нарушение его личного пространства.

92

Некоторые с удовлетворением воспринимают чужое прикосновение, в то время как другие ненавидят, когда к ним прикасаются другие и такой жест воспринимают как нарушение границ личной территории. В случаях такого типа, прикосновение может сорвать установление

терапевтического контакта.

Кроме того, клиент в гипнотическом состоянии обычно сконцентрирован на неких личных, внутренних переживаниях, а прикосновение переносит его внимание во внешний мир, что может плохо повлиять на создание и поддержание состояния глубокого гипноза. Пользуясь прикосновением необдуманно, вы можете неосознанно действовать себе во вред!

Спросить ли клиента перед началом гипноза, или в течении сессии, вы должны решить самостоятельно. Помните, что спрашивая своего клиента согласия, прикоснуться к нему, вы демонстрируете ему уважение.

ПРЕДУПРЕЖДАЙТЕ О СВОИХ ДЕЙСТВИЯХ

Необходимо говорить о своих намерениях. Информируйте клиента о том, какое действие вы собираетесь предпринять. Благодаря этому загипнотизированный может расслабиться настолько, что перестанет регистрировать на сознательном уровне все слова и поведение терапевта, что как известно, может плохо влиять на гипнотический процесс.

Такая информация принимает форму простых утверждений, информирующих о том, что сейчас произойдет. Когда вы говорите: "Сейчас я сделаю то и то...", и далее поступаете согласно этому, то создаете в гипнотическом контакте новый уровень доверия, помогающий в будущей работе.

ВЕДИТЕ СЕБЯ И ГОВОРИТЕ СОГЛАСНО СВОИМ НАМЕРЕНИЯМ

Необычайно полезно в терапевтической работе владение собственным голосом и телом, их умелое использование для точной подачи внушений. Если голосом, полным напряжения, вы предложите клиенту расслабиться, то не получите желаемого эффекта; также вы потерпите поражение, когда будете пытаться ввести его в измененное состояние сознания, пользуясь при этом тоном, характерным для нор-

93

мальной беседы или мягким и спокойным голосом будете приглашать к сознательному анализу (Bandler, Grinder, 1979; Gilligan, 1987).

СВЯЖИТЕ ВНУШЕНИЯ

Под "связыванием внушений" я понимаю объединение желаемых реакций клиента с актуальным опытом. Принципы "пошагового ведения" (Bandler, Grinder, 1979) а также "акцептации и использования" (Erickson, Rossi, 1979) являются синонимом "связывания". Эта концепция основана на создании связи (или связывания) того что клиент делает сейчас и тем, что вы хотите, чтобы он делал. "По мере того, как вы ощущаете это, вы можете начать ощущать то". Например: чтение этих слов позволит вам думать о своей левой ноге.

Эти связи — основа гипноза, воспринимаемого скорее как слитное, а не изменяемое собрание элементов, без взаимной зависимости. Речь гипнотизера для языковеда может быть настоящим испытанием, но загипнотизированный слушает ее без напряжения, с удовольствием (Hammond, 1990;O'Hanlon, 1985).

НЕ ВДАВАЙТЕСЬ В ПОДРОБНОСТИ

При описании структуры общих внушений, я сформулировал принцип, что чем больше деталей вы включаете в чей-то гипнотический опыт, тем более шансы того, что вы столкнетесь с отрицанием, например: "Ваша правая рука становится теплее" — внушения сформулированные таким образом легче отклонить нежели более обобщенные: "Позвольте себе почувствовать, как изменяется температура одной из ваших ладоней". В последнем предложении не говорится, какой руки касается изменения, не уточнено также имеет место потепление или охлаждение. В этой ситуации каждая реакция клиента будет доказывать его желание к сотрудничеству и станет проекцией его бессознательных ассоциаций (Grinder, Bandler, 1981; Watzlawick, 1978).

ИТОГ

В этой главе я описал лишь основные элементы гипнотической коммуникации, поскольку обсуждение всех тонкостей, свой-

94

ственных представленным образцам не представляется мне возможным. Необходимо напомнить, что для каждого, из описанных принципов, существуют исключения.

ЛИТЕРАТУРА

Handler, R., Grinder, J. (1979). Frogs into princes. Moab, UT: Real People Press.

Booth, P. (1988). Strategic therapy revisited. W: J. Zeig, S. Lankton (red.), Developing Ericksonian therapy: State of the art (s. 39-58). New York: Branner/Mazel.

Ellis, A. (1987). The evolution of Rational-Emotive Therapy (RET) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT). W: The evolution of psychotherapy (s. 107-125). New York: Branner/Mazel.

Erickson, M., Rossi, E. (1979). Hypnotherapy: An exploratory casebook. New York: Irvington.
Frauman, D., Lynn, S., Brentar, J. (1993). Prevention and therapeutic management of „negative effects" in hypnotherapy. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 95-120). Washington, DC: American Psychological Association.
Gilligan, S. (1987). Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy. New York: Branner/Mazel.
Grinder, J., Bandler, R. (1981). Trance-formations: N euro-Linguistic Programming and the structure of hypnosis. Moab, UT: Real People Press.
Hammond, D. (red). (1990). Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York: Norton.
O'Hanlon, W. (1985). A study guide for frameworks of Milton H. Ericksons hypnosis and therapy. W: J. Zeig (red.), Ericksonianpsychotherapy, 1.1, Structures (s. 33-51). New York: Brunner/Mazel.
O'Hanlon, W. (1987). Taproots: Underlying principles of Milton Erickson's therapy and hypnosis. New York: Norton.
Seligman, M. (1975). Helplessness: On depression, development and health. San Francisco: W. H. Freeman.
Sherman, S. (1988). Ericksonian psychotherapy and social psychology. W: J. Zeig, S. Lankton (red.), Developing Ericksonian therapy: State of the art (s. 59-90). New York: Brunner/Mazel.
Walter, J., Peller, J. (1992). Becoming solution-focused in brief therapy. New York: Branner/Mazel.
Watzlawick, P. (1978). The language of change. New York: Basic Books.
Yapko, M. (1981). The effect of matching primary representational system predicates on hypnotic relaxation. American Journal of Clinical Hypnosis, 23, 169-175.
Zeig, J. (red.). (1980). A teaching seminar with Milton H. Erickson, M.D. New York: Branner/Mazel.

Глава 14

ТЕСТЫ НА СУГГЕСТИВНОСТЬ

Терапевты традиционного подхода к гипнозу, принимают, что лишь определенные люди, и то в различной степени, имеют предрасположенность к нему. Они признают, таким образом, тесты за способ, благодаря которому можно установить, свойственна ли человеку гипнотическая податливость и если да то в какой степени. Я сам не пользовался такими тестами, однако считаю что она существует у каждого клиента. Для гипнотизера который не разделяет этого мнения или считает себя малоопытным, чтобы спонтанно оценить признаки внушаемости, тесты могут стать полезным инструментом.

В клинических условиях тесты обычно принимают форму гипнотических мини - встреч, в течении которых клиентам дается короткий, ритуализированый набор расслабляющих внушений После следуют дальнейшие внушения, требующие конкретной реакции Если клиент отреагирует согласно внушению, это будет означать, что он "прошел" тест. Позднее могут последовать еще внушения, (все в традиционном подходе), требующие достижения состояния более глубокого гипноза, чтобы получить внушаемую реакцию. Если клиент не реагирует согласно ожиданиям, это значит, что он ь'не прошел" тест. Для информационных целей записывают характерные черты реактивности данного клиента (например, реакции сопротивления слабые), чтобы даже из неудачной попытки получить позитивные указания (Weitzenhoffer, 1989).

ЗНАЧЕНИЕ ТЕСТОВ СУГГЕСТИВНОСТИ

Основная задача тестов суггестивности определить ее уровень у клиентов, однако их можно применять и для других целей. Например, используя тесты для оценки реактивности на гипнотические внушения, можно получить ценную информацию о подходе, который необходимо применить в случае конкретного

клиента: должен ли он быть непосредственным или косвенным. Какую форму, позитивную или негативную, должны принять внушения? Поведение гипнотизера должно быть властным, авторитарным или же разрешающим и мягким? Динамике отношений клиента и терапевта необходимо уделить особое внимание, а тесты внушаемости могут стать полезным инструментом, позволяющим выбрать конкретный стиль для конкретного человека. Тесты суггестивности также можно использовать как подготовительный этап введения клиента в гипноз. Поскольку будущий гипнотический опыт потребует тех же процессов, лишь с большей силой, тесты внушаемости могут стать для клиента чем-то вроде генеральной репетиции (Spiegel, Spiegel, 1987).

Еще одна польза, вытекающая из этих тестов это то, что я называю "вступительным действием". Если тесты суггестивности представляют как подготовку к "настоящей" терапевтической работе,

то они могут создать шанс для "удивления" клиента. Представленные таким образом терапевтические внушения могут быть подвергуты клиентом менее жесткому критическому анализу (Bates, 1993).

ПРОВЕДЕНИЕ ТЕСТОВ СУГГЕСТИВНОСТИ

Проведение тестов суггестивности требует таких же навыков как и другие аспекты работы с гипнозом. Проблема касается синхронизации (то есть решения того на какой ступени контакта вводить тесты), выяснения их роли, способа каким их нужно представлять, реакции терапевта на поведение клиента и наконец завершение этого этапа и переход к следующей фазе интеракции.

Вот некоторые из наиболее часто применяемых тестов суггестивности:

Маятник Шевро

Тестируемому дают маятник, инструктируя держать цепочку между указательным и большим пальцем. Далее терапевт дает внушение, которое должно вызвать и укрепить неосознанное движение маятника. Чем выразительнее отклоняется маятник тем большей степенью внушения обладает данный человек.

97

Левитация руки

Поднятие руки, связано с техникой каталепсии, основанной на внушении клиенту, того что его рука так легка, что сама всплывает вверх (Kirsch, Lynn, Rhue, 1993).

Сплетение пальцев Куэ

Клиента просят занять удобную позицию, со сплетенными пальцами. Далее ему дают внушение о том что его ладони склеены (связаны, сплавлены...), объясняя, что чем сильнее он будет стараться их разделить, тем сильнее они будут сцеплены. Позже клиента просят рассоединить руки. Неудача свидетельствует о суггестивности клиента (Cohen, 1984).

Закрытые глаза и каталепсия

В этой технике принцип "пытаешься — не можешь" ("Чем сильнее вы стараетесь, тем это труднее... попытайтесь теперь... теперь можно... ну давайте сделайте это...") касается закрытых глаз. Дается внушение о тяжести век. Клиенту говорят, что его веки такие тяжелые, что опускаются сами, а их мускулы так расслаблены, что не в состоянии открыть глаз. Чем сильнее клиент старается поднять свои веки, тем сильнее они сжимаются (Weitzenhoffer, 1989).

Техника горячего предмета

В этом тесте клиенту говорят, что предмет, который он держит в руке, начинает разогреваться. Время необходимое на его "разогрев" и связанная с этим область ощущения тепла и будет мерой внушаемости (Hilgard, 1965).

Контекстные приказы

Приказы в контексте это скрытые в широком контексте внушения специфических реакций, которые именно поэтому могут оставаться незамеченными сознанием. Например, если я легко выделю голосом выражение, выделенное жирным шрифтом, в приведенном далее предложении, я воспользуюсь контекстным приказом для получения конкретной реакции:

98

"Неправда ли, что в конце рабочего дня... приятно... закрыть глаза?"

Если клиент отреагирует тем, что закроет глаза, это будет явным показателем его суггестивности. Как более спонтанные и менее арбитральные, контекстные приказы, могут стать полезным мерилом степени внушаемости (Grinder, Bandler, 1981; Hammond, 1990)

Невербальные методы

Элементом установления контакта в этом случае будет "отзеркаливание" (mirroring) поведения клиента, таким образом, чтобы это оставалось вне его сознания. Подстраивая свое дыхание к дыханию гипнотизируемого, мы отражаем фрагмент его поведения, неосознаваемого им. Когда мы впоследствии изменим дыхание, и клиент подстроится к нам, то это будет означать, что его бессознательное реагирует позитивно и что будет доказательством установления контакта и его суггестивности (Zeig, 1985).

ЛИТЕРАТУРА

Bates, B. (1993). Individual differences in response to hypnosis. W: J. Rhue, &. ьуии, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 23-54). Washington, DC: American Psychological Association.

Coe, W. (1993). Expectations and hypnotherapy. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 73-93). Washington, DC: American Psychological Association.

Cohen, S. (1984). Tests of susceptibility/hypnotizability. W: W. Wester, A. Smith (red.), Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach (s. 73-81). Philadelphia: Lippincott.

Grinder, J., Handler, R. (1981). Trance-formations: Nemo-Linguistic Programming and the structure of hypnosis. Moab, UT: Real People Press.
Hammond, D. (red.). (1990). Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York: Norton.
Hilgard, E. (1965). The experience of hypnosis. New York: Harcourt, Brace & World.
Kirsch, I., Lynn, S., Rhue, J. (1993). Introduction to clinical hypnosis. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 3-22). Washington, DC: American Psychological Association.
Spiegel, H., Spiegel, D. (1987). Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis. Washington, DC: American Psychiatric Press.
99
Weitzenhoffer, A. (1989). The practice of hypnotism (t. 1). New York: John Wiley & Sons.
Zeig, J. (1985). Therapeutic patterns of Ericksonian influence communication. W: J. Zeig (red.), The evolution of psychotherapy (s. 392-406). New York: Brunner/Mazel
100

Глава 15

ВВЕДЕНИЕ В ФОРМАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГИПНОЗА

Данная глава посвящена проблемам второй фазы гипнотической интеракции — индукции и усилению ("углублению") гипнотического состояния. Индукция решает несколько задач:

1. Дает клиенту конкретный раздражитель, позволяющий сконцентриовать внимание, играет роль моста между "состоянием нормального бодрствования" и гипнотическим состоянием (Spiegel, Spiegel, 1987).
2. Занимает сознание и таким образом его выключает, укрепляя одновременно ассоциативные способности бессознательного. Облегчение диссоциации сознания и бессознательного — главная задача индукции. Уровень полученного расщепления будет принципиальной мерой глубины опыта (Watzlavick, 1978; Zeig, 1980).
3. Позволяет создать "направленность на реакцию" — характерную модель реакции на действия терапевта (Erickson, Rossi, 1979; Hammond, 1990).

Индукция как раздражитель, вызывающий гипнотический опыт, конечно решающе влияет на качество интеракции. Способов ее проведения столько, сколько людей, применяющих гипноз, поэтому я опишу лишь несколько наиболее полезных и чаще используемых. Я разделил индукцию на две общие категории: традиционные и общеупотребительные. В этой главе представлены некоторые из традиционных индукций, а методы применения описаны в следующей.

ТРАДИЦИОННЫЕ ГИПНОТИЧЕСКИЕ ИНДУКЦИИ

Определение "традиционные" я применил для описания индукций, представленных в этой главе в двух значениях. Первое
101
относится к дословному пониманию выражения — такого вида техники гипнотизеры передают друг другу с древних времен, из поколения в поколение. Другие должны вызвать ассоциации с классической моделью гипноза, где процесс индукции более директивен и подвержен ритуалам. Такая модель предусматривает применение определенных ритуалов, для введения в гипноз, что является ненужным ограничением.

В каждом из традиционных способов индукции, применяются ключевые концепции и фразы, составляющие интегральную часть данной техники. Эти методы просто неоценимы при практическом применении клинического гипноза и их изучение принципиально важно. Представляя техники индукции на этом этапе, я предполагаю, что читатель понимает, что даже техники с наиболее ясной схемой, необходимо подстроить к нуждам конкретного клиента (Weitzenhoffte, 1989).

Начало индукции

Начиная индукцию, вы ожидаете от клиента, хотя бы минимальных реакций на нее. Для начала хорошо, будет внушить ему, принять удобную позицию. Стоит убедиться сможет ли клиент, не напрягаясь, находиться в ней длительное время, поскольку в течение гипноза клиент часто не способен двигаться (каталепсия), а изменение позиции тела потребует от него дополнительного напряжения. Необходимо также внушить ему подходящий темп дыхания: атмосфера ожидания гипноза, связанное с этим возбуждение часто ведет к тому, что клиент дышит нерегулярно или даже неосознанно задерживает дыхание. Третьим элементом, который необходимо рассмотреть, будет внушение клиенту мысли о том, чтобы он закрыл глаза, так как это облегчает внутреннюю концентрацию (Сое, 1993).

Когда гипнотизируемый чувствует себя удобно и его реактивность к терапевту возрастает,

индукцию можно признать начавшейся. Вот детальные техники, облегчающие введение в гипноз.

Техники прогрессивной мышечной релаксации

Эти техники включают подачу расслабляющих внушений, последовательно для всех мышечных групп. Тело делится на про-

102

извольное количество характерных групп мышц, в зависимости от планируемой продолжительности процесса (Kirsch, Lynn, Rhue, 1993).

Со временем ассоциация с релаксацией возникает на само упоминание о расслаблении мышц. Таким образом, в короткое время, клиент к которому применяется такой метод, будет реагировать достаточно быстро.

Другой вид техники прогрессивной релаксации мышц, опирается на том же принципе, с той разницей, что здесь добавляется отсчет (привязывая числа к отдельным мышечным группам, например: "10 — расслабьте стопы... 9 — расслабьте лодыжки и голени... "); во время последующих сессий, можно ограничиться лишь отсчетом, а каждое число вызовет реакцию определенной группы мышц, на основе ассоциации.

Третий вид этого способа, носит название "глубокой мышечной релаксации". Клиента инструктируют, медленно напрягать по очереди мышечные группы, удерживая напряжение 10 секунд, а потом их расслаблять. Релаксация в этом случая быстрая и более ощутимая.

Переживание расслабляющего события

В этой технике необходимо дать клиенту внушение пребывания в определенном месте, где он может чувствовать себя совершенно свободно, беспечно и счастливо. Описание деталей, связанных с данным местом позволит интенсифицировать впечатление. Любое место где клиент чувствует себя свободно, подойдет. Если человек не в состоянии припомнить себе подобное место, он может его представить. Почти каждый мечтает о путешествии куда-нибудь (Smith, Wester, 1984).

Фиксация взгляда

Одна из древнейших или самая древняя техника индуцирования гипноза, это классический метод "фиксации взгляда", состоящий в том, чтобы заставить клиента сконцентрировать взгляд на неком характерном месте или предмете: пятне света на потолке, стене, большом пальце терапевта, висящих на стене часах, стеклянном шаре, камине, свече, аквариуме, песочных часах и т.д. Важно, чтобы такой предмет мог привлечь внимание клиента, на

103

время необходимое для того чтобы отреагировать на одновременно даваемые релаксационные внушения.

Когда гипнотизируемый всматривается в данный предмет, ему внушают запомнить каждую деталь и одновременно испытывать нарастающее расслабление.

Ожидаемые реакции укрепляет рассказ о моргании глазами клиентом, подстройка к морганию темпа пауз в разговоре или даже закрывание глаз гипнотизером, заставляющее клиента принять соответствующий ритм (Сое, 1993).

Отсчет

Этот метод состоит из обратного отсчета (что вызывает ассоциацию с углублением в гипноз), при одновременной подаче между цифрами внушения расслабления (Miller, 1979).

Метод "как будто"

Обычно он оправдывает себя с "трудными" клиентам, так как не требует давать им непосредственных внушений реагировать определенным образом, а лишь внушение вести себя "как будто" они это делают. Граница между самим действием и реальностью довольно размыта, поскольку в обоих случаях реакции идентичны.

Внушение клиенту вести себя, как будто он расслаблен, как будто думает о счастливых минутах, дает возможность поддаться этим внушениям (Grinder, Bandler, 1981).

УКРЕПЛЯЮЩИЕ (УГЛУБЛЯЮЩИЕ) ТЕХНИКИ

Углубляющие техники традиционно использовались для укрепления состояния гипноза, после применения формальной индукции.

Спускаться по лестнице (съезжать в лифте)

В этом методе клиенту рекомендуется вообразить (то есть увидеть, услышать, ощутить), что он находится на вершине специальной лестнице или в специальном лифте. По мере того как он спокойно сходит по одной ступеньке вниз, или съезжает в лифте, он будет углубляться в гипноз (Smith, Wester, 1984).

104

Сложение

В главе об основных образцах коммуникации я описал связывание внушений, также называемое вербальным сложением, то есть объединение внушений, согласно формуле: "По мере того, как вы выполняете действие X, вы можете выполнять действие Y" (например, когда вы это читаете, вы можете начать понимать суть "сложения"). Вербальное сложение служит углублению гипнотического состояния, посредством вызова новых реакций, при постоянном использовании ранних реакций.

Физическое сложение состоит в связывании вербальных внушений с физическим опытом. Как углубляющая техника она может принять форму подачи внушений углубления в гипноз, одновременно ощущая определенные чувства, укрепляющие внушения (например: "По мере того как ваша рука медленно опускается, вы глубже погружаетесь в гипноз").

Закрыть внутреннее око

С этой техникой связано внушение о существовании "внутреннего ока" как части сознания, которая остается активной, думает и создает образы, по мере проведения индукции. Внушение закрыть "внутреннее око", подобно внушению о "тяжести век" из техники фиксации взгляда, позволяет клиенту отстранить случайные мысли и образы, ощутить более глубокое гипнотическое состояние.

Эта техника поможет успешно бороться с внутренним диалогом, без устали идущим внутри каждого из нас, что облегчит опыт гипноза.

Молчание

Правильное применение молчания бывает очень практичной техникой углубления. Вслед за индукцией можно применить внушение, о том чтобы клиент помолчал немного, наслаждаясь расслаблением, одновременно углубляя гипнотический опыт.

105

Постгипнотические внушения и реиндукция

Эта углубляющая техника также называется "рефракционированием". Она состоит в подаче клиенту, уже находящемуся в гипнозе, постгипнотических внушений, о том, что когда в следующий раз к нему будет применена индукция, он поддастся ей быстрее и полнее. В течении одной и той же сессии, терапевт пару раз вводит клиента в гипноз и выводит из него (Gilligan, 1987; Werner, 1984). Это отличный метод для людей, по различным причинам не способных хорошо сконцентрироваться (например из-за нарушений концентрации, боли, депрессии).

ИТОГ

В этой главе я представил некоторые из наиболее популярных и наиболее полезных методик углубления гипнотического состояния из традиционного подхода. Все, что концентрирует внимание и облегчает получение чувства расслабления и удовольствия, может быть использовано терапевтом для проведения индукции.

ЛИТЕРАТУРА

Coe, W. (1993). Expectations and hypnotherapy. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 73-94). Washington, DC: American Psychological Association.

Erickson, M, Rossi, E. (1979). Hypnotherapy: An exploratory casebook. New York: irvington.

Gilligan, S. (1987). Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksoman hypnotherapy. New York: Brunner/Mazel.

Grinder, J., Bandler, R. (1981). Trance-formations: N euro-Linguistic Programming and the structure of hypnosis. Moab, UT: Real People Press.

Hammond, D. (red.). (1990). Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York: Norton.

Kirsch, I., Lynn, S., Rhue, J. (1993). Introduction to clinical hypnosis. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 3-22). Washington, DC: American Psychological Association.

Miller, M. (1979). Therapeutic hypnosis. New York: Human Sciences Press.

Smith, A., Wester, W. (1984). Techniques of induction and deepening. W: W. Wester, A. Smith (red.), Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach (s. 42-72). Philadelphia: Lippincott.

106

Spiegel. H., Spiegel, D. (1987). Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Watzlawick, P. (1978). The language of change. New York: Basic Books. Weitzenhoffer, A. (1989). The practice of hypnotism (t. 1). New York: John Wiley & Sons.

Werner, T. (1984). Hypnosis in psychiatry. W: W. Wester, A. Smith (red.), Clinical hypnosis: A

multidisciplinary approach (s. 353-367). Philadelphia: Lippincott.
Zeig, J. (red.). (1980). A teacing seminar with Milton H. Erickson, M.D. New York: Brunner/Mazel.
107

Глава 16

НАТУРАЛИСТИЧЕСКИЕ ГИПНОТИЧЕСКИЕ ИНДУКЦИИ

Представленные в предыдущей главе структуральные гипнотические индукции основаны на том принципе, что гипноз это исключительное состояние, или даже искусственное.

В подходе, основанном на широком практическом применении, гипноз не считается необыкновенным состоянием или искусственно вызванным. Он считается скорее естественным опытом, который испытывают практически все. Принимая такую перспективу, умелый терапевт должен распознать гипнотические реакции, возникающие в течении клинической интеракции, воспринимая их как фундамент контакта с клиентом. Другими словами, опытный гипнотизер способен стимулировать гипнотические реакции, пользуясь образцами гипнотической коммуникации, акцентируя внимание клиента на значимом терапевтическом опыте. При таком подходе инструкции, даваемые клиенту, принимают более общий характер, а не конкретный, в сравнении с более структурным и конкретным методом, описанным в предыдущей главе. В такой индукции зачастую отсутствуют четкие границы между началом и концом процесса.

Основой для гипнотической интеракции будет привлечение и удержание внимания клиента. Наиболее популярными техниками привлечения внимания являются: беседа о проблемах, которые заставили данного человека заняться лечением, занятные истории, аналогичные опыту клиента, а также неожиданное поведение. Когда клиент постепенно концентрирует внимание на терапевте, дальнейшее действие основано на том чтобы заметить реакцию гипнотизируемого, внушая, что он способен ее углубить. Когда гипнотизер заметит усиление гипнотических реакций (абсорбирование, изменение ритма дыхания, неподвижная позиция тела, расслабление мышц и т.д.), он может начать включать клиента в процесс гипнотической индукции и углублять его, с помощью техник, описанных в этой главе (Lynn, Neufeld, Matyi, 1987; O'Hanlon, 1987; Otany, 1989a; Zeig, Rennick, 1991).

108

ЕСТЕСТВЕННЫЕ ИНДУКЦИИ

Использование полученного ранее гипнотического опыта

Техника применения ранее полученного гипнотического опы-|та опирается на двух видах ощущений: 1) неформальном гипнотиче-I ском опыте, который может произойти в обычной жизни и не воспринимается как гипнотический; 2) формальных контактах с гипнозом, | особенно удачных.

Оба варианта могут использовать как структуру общего харак-[тера, так и конкретного. В случае версии, основанной на неформальном опыте гипноза, фаза привлечения внимания перед индукцией обычно включает разговор о природе гипноза. В определенный момент терапевт может начать внушать концентрацию, неподвижность и снижение темпа дыхания, гипнотическим образом описывая факторы при которых наступает гипноз: длительная поездка на машине, погло-щенность интересной книгой или фильмом, массаж или купание в джакузи, погруженность в мечты, молитва или другая ситуация, в какой данный человек был полностью во что-то погружен или же испытал сильную концентрацию. Чтобы приблизить клиенту ситуацию естественного гипнотического опыта, необходимо перейти от нормального тона голоса к более спокойному, тихому, уменьшить артикуляцию. Когда клиент погружается в воспоминания, гипнотические (иде-одинамические) реакции начинают проявляться, что терапевт может использовать, согласно принципу связывания внушений. Чтобы войти в гипноз клиенту необязательно закрывать глаза, однако терапевт может порекомендовать сделать это, давая соответствующее внушение, непосредственное или косвенное.

В варианте, основанном на формальном гипнотическом опыте, в типичной преиндукционной фазе, терапевт занимается тем, что концентрирует внимание клиента на возможностях, которые дает гипноз и показывает, каким образом предыдущий опыт сможет помочь построить в будущем более полезные и удачные сессии. Если ранний опыт гипноза клиента был позитивным и значимым, то терапевт имеет солидную основу для дальнейших действий. Если, однако клиент не-гативно вспоминает свой контакт с гипнозом (как неудачный или в худшем случае, вредный), гипнотизеру необходимо быть осторожным

109

и во время сессии как можно реже обращаться к этому событию. Разговор о примененных в том случае техниках и определение ситуационных и интерперсональных факторов поможет вам избежать неооз-нанного повторения негативного опыта.

Если прежний контакт с гипнозом был позитивным, то обращение к формальному гипнотическому опыту, который будет иметь конкретный характер, может быть связано с вовлечением данного человека в постепенный детальный контакт с этим событием. Такой вариант действий требует обычно сотрудничества клиента с терапевтом. Терапевт одновременно выспрашивает клиента, внушая возможные реакции и использует их по мере их проявления. Механизм индукции, в смысле структуры, тот же самый, как и в случае с неформальным гипнозом: когда данного человека поглотят воспоминания, связанные с этим реакции становятся более заметными. Терапевт может их использовать как основу для достижения желаемого результата.

Обращение к раннему гипнотическому опыту клиента, формальному или неформальному — один из самых легких и наиболее успешных методов индукции и углубления гипноза. Спонтанный свободный подход вызывает небольшое сопротивление, поскольку здесь не говорится о происходящем сейчас, а о том что было тогда. Такая дополнительная психологическая дистанция очень важна для клиента. Техники проведения гипнотической индукции, связанные с использованием раннего гипнотического опыта, достойны доверия и эластичны и если вы приобретете опыт их применения, они смогут сильно обогатить ваш репертуар техник индукции (Grinder, Bandler, 1981; Zeig, 1988).

Построение внутренней концентрации

Индукционный процесс построения внутренней концентрации включает подачу подстраивающихся утверждений (pacing statements) — содержащих информацию о том, какого внешнего раздражителя ожидать клиенту, в связи с ведущими утверждениями (leading statements), описывающими внутренние реакции, которые может испытывать данный человек. Отношение наводящих утверждений к ведущим свободное и не имеет влияния на успешность индукции. Оно зависит лишь от реактивности клиента. После оценки уровня внутренней или внешней концентрации данного человека, в момент когда терапевт желает приступить к индукции, он может выбрать такое отно-

шение внушения внешнего характера к внушениям направленным внутрь, какое посчитает более подходящим для достижения цели. По мере необходимости он модифицирует их в зависимости от реакции гипнотизируемого. В начальной стадии некоторые клиенты так сконцентрированы, что им не нужна длительная индукция, а достаточно лишь утверждения вроде: "А теперь вы войдете в гипноз". Другим же наоборот, перед введение одиночного внутреннего ведущего внушения может потребоваться 5 или 10 внешних подстроечных внушений. По мере течения индукции, терапевт подает все меньше внушений внешнего характера и все больше внушений с внутренней ориентацией Возможность выбирать между внешними внушениями и внутренними и их комбинациями, типами сенсорных каналов, структур, а

• также стилей дает огромное пространство для свободных действий |(Grinder, Bandler, 1981).

Метафорические индукции с контекстными внушениями

Как основу индукции, вместо раннего личного опыта клиента, вы можете избрать метафоры, рассказы описывающие опыт

• другого человека, (животного, предмета) в другом времени и мес-' те. Таким образом увеличивается дистанция и уменьшается шанс

того, что данный человек почувствует опасность.

Описание способа конструирования метафор заняло бы целые тома, поэтому в этой книге я представлю его лишь поверхностно. При создании метафорических рассказов для нужд гипнотической индукции полезно иметь понятие о интересах клиента, его системе ценностей и хобби. Выдумывая рассказы, связанные с жизнью данного человека, вы получаете больше шансов увлечь его внимание. Чем более опытен терапевт — тем хитрее будут его выдуманные истории. Метафоры, как метод индукции, могут ознакомить клиента с опытом других людей, укрепить контакт с терапевтом, привести к идентификации с героем или героями, заставляя поразмыслить о смысле представленной истории. Это, в свою очередь, стимулирует поиск смысла и значимых контактов, а все вместе создает внутреннюю концентрацию и увеличивает податливость на позднейшее содействие (Barker, 1985; Brown, 1993; Eisen, 1993; Hammond, 1990; Lankton, Lankton, 1989; Mills, Crowley, 1988).

Индукция с помощью негативных внушений
У клиентов, для которых принципиальным является вопрос контроля, часто просматривается тенденция к негативным реакциям и сопротивлению. Если терапевт говорит: "Сейчас день", то гипнотизируемый отрицает это словами: "Сейчас ночь".
В гипнотической интеракции негативные реакции можно использовать для пользы индукции, по принципу "клин клином".
Когда клиенту, критически относящемуся к гипнозу, контролирующему свои реакции, дают негативные внушения, он совершенно естественно начнет их отрицать и прореагирует наоборот: таким образом терапевт, пользуясь негативными внушениями может получить требуемую реакцию. Необходимо однако опасаться, чтобы такое не стало рутинным в случае с некоторыми клиентами.
Негативные внушения применяются в индукционной фазе гипнотической интеракции с намерением использовать сопротивление клиента и облегчить ему вхождение в гипноз. В определенный момент гипнотизируемый осознает, что все негативные внушения привели к тому, что он поддался гипнозу. Обычно это поворотный пункт в контакте клиента с терапевтом. Клиент уже испытал ощущения, спровоцированные терапевтом, и не только перенес их без труда, но и принял их приятными и расслабляющими. Облегчение, какое вызывает сознание того, что не нужно больше сражаться за контроль, может глубоко повлиять на клиента. Теперь ему известно, что он способен удерживать контроль без необходимости сопротивляться. Это событие в дальнейшем послужит основой для будущего гипнотического опыта, который будет проводиться в соответствии с более позитивной схемой (Grinder, Bandler, 1981; Erickson, Rossi, 1979; Johnson, 1988).
Индукция с использованием техник дезориентации (запутывания)
Наиболее сложные гипнотические паттерны, какие необходимо изучить терапевту, это техники дезориентации, поскольку они... как бы это сказать, слегка запутаны. Эти методы целенаправленно разрушают нормальное психическое состояние данного человека, с целью увеличения его податливости внушению.
Когда мы ощущаем растерянность, мы останавливаемся и концентрируемся внутри себя (самоиндукция гипнотического со-
.12
стояния), чтобы привести в порядок нашу информацию и проанализировать свое состояние. Когда сознание занято поиском значений, бессознательное становится более восприимчивым к внушению.
Техника дезориентации может принимать множество форм, но все они входят в две категории: разрушение стереотипа или перегрузка. "Разрушение стереотипа" состоит в том, чтобы говорить и/или делать то, что спутает традиционный способ реагирования данного человека на конкретные вещи. Сенсорной перегрузкой называется перегрузка сознания клиента, информацией из различных источников, какую оно не может усвоить — так достигается его длительная занятость.
Применение в индукции техники запутывания требует от терапевта скорости и ежеминутного обдумывания своих действий. Чтобы терапевт не потерялся во внушении, которое строит, он должен уметь частично диссоциироваться.
ИТОГ
Техники, представленные в этой главе, относятся к наиболее успешным методам индукции гипноза естественным путем. Невозможность представить их с помощью детальных схем - по сути их достоинство. Терапевты, которые смогут выработать в себе способность пользоваться ими, приобретут это исключительно благодаря практике, с помощью внимательного наблюдения за поведением клиентов во время сессии. Одновременно они получат свободу в применении всех реакций клиента для того чтобы поднять качество интеракции.
ЛИТЕРАТУРА
Barker, P. (1985). Using metaphors in psychotherapy. New York: Brunner/ Mazel.
Brown, P. (1993). Hypnosis and metaphor. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 291-308). Washington, DC: American Psychological Association.
Eisen, M (1993). Psychoanalytic and psychodynamic models of hypnoanalysis. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 123-149). Washington, DC: American Psychological Association.

Erickson, M. (1958). Naturalistic techniques of hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis, /,38.
Erickson, M. (1964). The confusion techniques in hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis, 6, 185-207.
Erickson, M, Rossi, E. (1979). Hypnotherapy: An exploratory casebook. New York: Irvington.
Gilligan, S. (1987). Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy. New York: Brunner/Mazel.
Grinder, J., Bandler, R. (1981). Trance-formations: N euro-Linguistic Programming and the structure of hypnosis. Moab, UT: Real People Press.
Haley, J. (1973). Uncommon therapy. New York: Norton.
Hamond, D. (red.). (1990). Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York: Norton.
Johnson, L (1988). Naturalistic techniques with the „difficult" patient. W: J. Zeig, S. Lankton (red.), Developing Ericksonian therapy: State of the art (s. 397-413). New York: Brunner/Mazel.
Lankton, C, Lankton, S. (1989). Tales of enchantment: Goal-oriented metaphors for adults and children in therapy. New York: Brunner/Mazel.
Lynn, S., Neufeld, V., Matyi, C. (1987). Inductions versus suggestions: Effects od direct and indirect wording on hypnotic responding and experience. Journal of Abnormal Psychology, 96, 76-79.
Mills, J., Crowley, R. (1988). Therapeutic metaphors for children and the child within. New York: Brunner/Mazel.
O'Hanlon, W. (1987). Taproots. New York: Norton.
Otani, A. (1989a). An empirical investigation of Milton H. Ericksons approach to trance induction: a Mark or chain analysis of two published cases. W: S. Lankton (red.), Ericksonian hypnosis: Application, preparation and research (s. 55-68). New York: Brunner/Mazel.
Otani, A. (1989b). The confusion technique untangled: Its theoretical rationale and preliminary classification. American Journal of Clinical Hypnosis, 37,164-172.
Zeig, J. (1988). An Ericksonian phenomenological approach to therapeutic hypnotic induction and symptom utilization. W: J. Zeig, S. Lankton (red.). Developing Ericksonian therapy: State of the art (s. 353-375). New York: Brunner/Mazel.
Zeig, J., Rennick, P. (1991). Ericksonian hypnotherapy: A communications approach to hypnosis. W: S. Lynn, J. Rhue (red.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (s. 275-300). New York: Guilford.
114

Глава 17
ГИПНОТИЧЕСКИЕ ЯВЛЕНИЯ И ИХ ИНДУКЦИЯ

Описанные и определенные в этой главе явления являются основой терапевтического использования гипноза. Более того, это фундамент всех видов опыта. В зависимости от содержания, с ними связанного, гипнотические структуры можно составлять так, чтобы они лечили или вредили.

РЕГРЕССИЯ ВОЗРАСТА

Описание

Регрессия возраста состоит в интенсивном, опирающемся на опыте, использовании памяти. Техника регрессии действует двояко. Первый способ — отправить клиента назад во времени за неким опытом, давая возможность его заново пережить (что называют "оживлением"), как если бы это происходило здесь и сейчас. Второй — заставить его припомнить конкретное переживание, настолько точно, как только он способен (что называется "гипермнезия"). Во время оживления переживаний клиента, он погружен в свой опыт, переживая его так, как он был зарегистрирован, когда происходил в реальности. В гипермнезии клиент находится в настоящем, вызывая выразительные детали воспоминаний (Edgette, Edgette, 1995).

Регрессия возраста как гипнотическая техника, дает возможность отправиться в прошлое, недалекое или отдаленное, чтобы освежить забытые или подавленные воспоминания значимых событий или "переработать" старые воспоминания в поиске новых выводов (Spiegel, 1993; Weitzenhoffer, 1989).

115

Стратегия применения регрессии возраста

Во время клинического применения регрессии возраста можно применить, по крайней мере, две общие стратегии, из которых каждая будет основой для множества различных техник. Первая из них касается применения регрессии возраста, чтобы вернуться к негативному, травматическому опыту, для того чтобы высвободить подавленные чувства и получить возможность взглянуть на

данную ситуацию с другой точки зрения. Это может помочь клиенту освободиться от разрушающих влияний такого опыта, какие все еще имеют значение в его жизни В случае этой стратегии целенаправленно применяются, как оживление так и гипермнезия. Решающую роль здесь играет понимание терапевтом того, как сильно клиент должен углубиться в воспоминание или какую дистанцию необходимо сохранить, чтобы получить максимальную пользу.

Вторую общую стратегию регрессии возраста легко объединить с первой. Поскольку она состоит в использовании способности и возможностей гипнотизируемого, которые проявились в прошлом, а сейчас с вредом для него, не используются. Часто у клиента есть возможности, о каких он не знает и поскольку он не осознает их наличия и не имеет доступа к ним, они не используются. Применяя регрессию возраста, можно помочь данному человеку заново открыть в своем собственном опыте конкретные возможности, какие позволят справиться с трудностями как нам это нужно (Edelstein, 1986; Lankton, Lankton, 1983).

Техники

Каждая модель коммуникации, облегчающая клиенту возвращение назад это техника регрессии возраста. В некоторых моделях применяются внушения, основанные на использовании воображения, как основы для углубления в данный опыт. Другие включают более естественные, ежедневно применяемые техники погружения в воспоминания. В зависимости от клиента каждый из этих подходов может быть успешным.

Модели, основанные на воображении гипнотизируемого, используют технику "специального средства передвижения" (например, поезда самолета, машины времени, космического корабля, лифта), какое может перенести клиента в то время, когда произош-

ло, рассматриваемое событие. Это средство транспорта симулировано конкретным средством структурирования опыта, таким образом облегчение процесса регрессии требует большого количества деталей

Более естественный подход к регрессии возраста основан на использовании косвенных внушений, позволяющих вовлечься в воспоминания без формальной фразы терапевта: "А теперь можете вернуться в прошлое". Шаблоны включают вопросы, связанные с опытом, направляющие гипнотизируемого на его личную историю и обсуждение информации личного или профессионального опыта (например: "Можете ли вы вспомнить, как вы себя чувствовали при получении диплома?") Техника задавания вопросов, наводящих данного человека на его собственное прошлое, требует от клиента изучения воспоминаний и поиска в них подходящих событий, необходимых для того, чтобы отреагировать соответствующим образом. Можно исходить от давно прошедшего события. Дальнейшие умелые вопросы погрузят клиента в воспоминания настолько, что заставят его пережить его заново. Чтобы этот опыт сделать менее беспокоящим клиента, терапевт может косвенно облегчить для него регрессию, описывая аналогичные переживания, свои или других людей. Когда применяется опыт посторонних лиц, клиент совершенно естественным образом проявляет склонность к проекции себя на представленную ситуацию, представляя себе как бы он чувствовал или повел себя в такой ситуации. Например, разговор об ощущениях других людей в детстве, позволяет гипнотизированному идентифицировать себя с ними на основе собственных ощущений того периода. Поэтому регрессия наступает косвенно с помощью идентификации и проекции, а гипнотизированный способен возвратиться во времени, чтобы заново пережить соответствующие события (Erickson, Rossi, 1979).

Другие техники регрессии возраста включают: 1) аффективный или соматический мост, когда чувства или сознание клиента объединяются с одним из первых ощущений такого типа ("Осознавая ощущение недостаточного контроля, какое вы описали, вы можете вернуться во времени, вспомнив ситуацию когда вы почувствовали нечто подобное впервые"); 2) временная дезориентация, когда используют соответствующие внушения с целью привести к потери перцепции "сейчас" и провести реориентацию клиента на "тогда" ("То что происходит теперь и происходило раньше,

основано на том, что воспоминания о тогда, теперь напоминают вам о тогда, когда раньше было так существенно и когда раньше становится теперь, поскольку вчера переходит в сегодня, вы можете вспомнить вчера, как если бы это было сейчас, ибо теперь и тогда, вспоминая тогда, как если бы это было теперь, может быть таким важным..."); 3) прогрессия и регрессия возраста, когда клиента вначале ведут в будущее, с перспективы которого он может вспомнить события

собственного прошлого ("Посмотрите в будущее, на мгновенье, когда сможете смотреть назад..."). Ориентируя данного человека вначале в будущее, вы еще более увеличиваете эмоциональную дистанцию к ранним событиям, что облегчает возвращение к ним и их терапевтическое использование (Erickson, 1954; Gilhgan, 1987; Hammond, 1990; Watkins, 1971).

ПРОГРЕССИЯ ВОЗРАСТА

Описание

Прогрессия возраста связана с применением проекции в будущее. Она состоит в "введении" клиента в будущее, где у него будет возможность представить себе последствия, происходящих теперь перемен или опыта переживаемого в данную минуту, объединение их значений на глубоком уровне и обретение более широкого взгляда на собственное существование, нежели во время обыденной жизни. Хотя это определенный вид предвидения, он воздействует также как и придающее храбрости воспоминание.

Существует по крайней мере два дополняющих друг друга способа применения прогрессии возраста: как проверка успешности своей работы и как терапевтическая интервенция. Оба подхода требуют введения клиента в будущее, каждый с различной целью.

Применение прогрессии возраста для проверки собственной работы — один из способов оценить определенные необычайно важные измерения терапевтической интервенции. Благодаря ему можно убедиться в том, окажется ли результат интервенции длительным и каким будут его последствия на жизнь данного человека (Erickson, 1954; Havens, 1986; Phillips, Frederick, 1992).

118

Техники

Непосредственная техника, облегчающая прогрессию возраста, очень похожа на технику регрессии возраста: "специальное средство передвижения" для того чтобы отправиться в будущее — киноэкран для просмотра фильма о будущем, книга в какой можно о нем прочитать, коллекция фотографий будущих событий — это структурные методы, поддерживающие ориентацию на будущее или его проекцию.

Косвенные внушения, служащие ориентации на будущее, могут включать анекдоты ("Одна из моих пациенток, с которой я работал, могла представить себя спустя два месяца после сессии, когда она занимается тем, что мы как раз обсуждаем. Когда она смогла сделать это, то узнала что..."); контекстные приказы ("'Я люблю иногда подумать о том, каково будет в будущем, когда можно будет оглянуться назад, удовлетворенно подумать о всех проведенных изменениях..."); пресуппозиции, или языковые установки ("Интересно, что вы будете делать, когда осознаете, что уже давно не курили..."); косвенные контекстные приказы ("Можете ли вы мне ответить, как вы опишете своим друзьям способ решения этой проблемы").

Каждый из этих способов создает у клиента психическую склонность, позволяющую развить позитивные надежды, связанные с будущим (deShazer, 1978; Hammond, 1990; Lazarus, 1984; Torem, 1992; Yapko, 1988, 1992).

АМНЕЗИЯ

Описание

Амнезия это утрата памяти; ее коротко можно определить, как невозможность что-то вспомнить. Классический защитный механизм, называемый "вытеснением" — это основной механизм, отвечающий за амнезию.

Гипнотизируя клиента, заставляя его сознательно забыть различные внушения и предвидимый опыт, бессознательному дается возможность реагировать правильным для него способом и свободно творчески использовать гипнотический опыт.

119

Кроме подачи бессознательному терапевтических внушений, для применения их по мере необходимости, амнезию можно использовать более непосредственно, для подавления болезненных воспоминаний. В таких случаях внушения забвения чего-либо имеют шанс быть принятыми лишь в случае, если заранее имело место выздоровление (решение проблемы, catharsis).

Несмотря на довольно распространенное ошибочное убеждение, амнезия не является неразрывно связанной с гипнозом. Если у клиента есть тенденция запоминать внушение и опыт, то он это запомнит (Erickson, Rossi, 1974; Zeig, 1985).

Техники

Возникновение амнезии тем менее правдоподобно, чем более прямым будет внушение. Такая зависимость более сильна, нежели в случае с другими характерными для гипноза явлениями.

Внушение клиенту, "забыть все случившееся" с определенной точки зрения может быть весьма рискованным, даже если клиент податлив и послушен. Из своего опыта я знаю, что намного более успешными будут косвенные техники, где можно применять огромный набор форм, кроме прочего: косвенные внушения, перенос внимания и дезориентирующие внушения.
Когда применяются непосредственные методы, вероятность возникновения амнезии возрастает при разрешительном подходе (Cooper, 1979; Evans, 1986; Hilgard, 1968; Zeig, 1985).

АНАЛЬГЕЗИЯ И АНЕСТЕЗИЯ

Описание

Гипнотическая анальгезия и анестезия основаны на ослаблении физических ощущений. Анальгезия это уменьшение чувства боли, при одновременном сохранении, связанных с этим впечатлений, обращающих внимание клиента на собственное тело (например: давление, температура, позиция тела). Анестезия это полное или почти полное отсутствие ощущений во всем теле или его части.
Умение уменьшать боль, насколько это возможно, станет венцом способности человеческого сознания, основой одного из

120

наиважнейших применений терапевтического гипноза. Работа со страдающими клиентами требует солидных знаний в области понимания принципов использования гипноза, философии человека, психологических мотивов, обработки данных и интерперсональной динамики. С определенной точки зрения, со страдающими клиентами работать легко, прежде всего из-за их (обычно) высокой мотивации. С другой стороны, боль влияя на все аспекты их жизни, превращает их в невероятно трудных партнеров. Поэтому в контактах с ними необходимо проявлять множество сочувствия, понимая, что боль зачастую это нечто намного большее нежели просто боль: она может стать источником беспокойства, чувства бессилия и депрессии, закрепленной зависимости от окружающих и ограничением социальных контактов.
Даже страдание, по чисто органическим причинам, имеет психический аспект, каждый человек по разному ощущает боль и по разному переносит ее последствия. По многим причинам, вероятно связанным с лучшим самоконтролем, какой дает гипнотический опыт, гипноз наиболее открыто занимается психологической стороной боли. С его помощью можно уменьшить страх и беспокойство, чувство бессилия и пессимизм. Он находит применение также в физической стороне боли, доказательством чего являются различные методики лечения, с применением гипнотических образцов.
Применение гипноза для борьбы с болью полезно по нескольким важным причинам. Прежде всего, он усиливает самоконтроль и в последствии увеличивает ответственность за самочувствие. Когда кто-то чувствует себя обиженным людьми или угнетен болью, трудно начать настоящее лечение. Способность сохранять самоконтроль, страдающему человеку необычайно важна, а гипноз облегчает это.
Кроме того естественная способность испытывать гипноз позволяет уменьшить количество принимаемых обезболивающих медикаментов или даже вообще от них отказаться. Гипноз не ведет к проявлению побочных явлений и зависимости. У разных людей, благодаря ему, удается уменьшить боль в различной степени, но каждый результат несмотря на качество, достигается безопасно и совершенно естественным образом.
Гипноз также позволяет функционировать на более высоком уровне и у людей применяющих его, поддерживает процесс

121

лечения. Активность, какую дает здоровое состояние, важна с любой точки зрения и может существенно помочь в решении конкретной проблемы. Позитивная настроенность, расслабление, уменьшение беспокойства и страхов, могут стать важными факторами, облегчающими возвращение к здоровью или по крайней мере сдерживающими ухудшение (Brown, Fromm, 1986; 1987; Chaves, 1989, 1993; Crasilneck, Hall, 1985).

Техники

У клиента, достаточно поглощенного гипнотическим опытом, анальгезия часто наступает спонтанно. Она связана с ограничением возможности двигаться (каталепсия), заметно проявляющейся у загипнотизированного и уменьшает осознание своего тела. Таким образом, любая техника успешно изолирующая сознание данного человека от актуальных физических ощущений, может иметь косвенный анальге-тический эффект. Благодаря тренингам и дополнительным сессиям, страдающие клиенты могут научиться переносить внимание на другие

вещи, а после концентрировать внимание на позитивных концепциях, чувствах, воспоминаниях или еще чем нибудь. Чтобы более успешно бороться с болью, применяя эту методику, необходимо обучиться ау-тогипнозу (см. главу 18).

Техника, основанная на применении непосредственных внушений анальгезии, требует внушений уменьшения или отсутствия ощущений в месте, где клиент ощущает боль. Другим непо-средственным методом, хоть и в меньшей степени, будет "перчаточная анестезия". В этом процессе изменения ощущений, клиенту дают внушение испытать анестезию одной или обеих ла-доней. Когда это наступит, можно давать дальнейшие внушения, для перенесения этого ощущения на любую другую часть тела.

Физическая диссоциация, как техника облегчающая анальгезию, состоит во внушении клиенту субъективного опыта о том, что его сознание и тело существуют в двух различных уровнях ощущений. Дистанция между ними должна быть достаточной, для того чтобы загипнотизированный не замечал того, что ощущает его тело.

Можно также применять другие методы введения анальгезии: 1) амнезию, во время которой клиенту дают внушение забыть об ощущении боли. Это прерывает последовательность ощущения

122

боли, тем самым открывая путь к переживанию, вначале спорадично, потом все более постоянно, периодов расслабления, закрепляющихся в памяти клиента; 2) постепенное уменьшение боли, пу-тем внушения медленного исчезновения чувства дискомфорта в определенный период времени; 3) псевдоориентацию во времени, когда загипнотизированного подвергают регрессии возраста в пе-риод после его выздоровления; 4) нарушение восприятия времени, когда в субъективном восприятии можно растянуть время хорошего самочувствия (см. главу о нарушении перцепции времени); 5) регрессию, во время какой человека отправляют назад в период, предшествующий возникновению боли (Barber, 1977; Barber, Adrian, 1982; Erickson, 1966; Erickson, 1983; Hammond, 1990; Hilgard, Hilgard, 1994).

КАТАЛЕПСИЯ

Описание

Каталепсию определяют как торможение волевых движений, связанное с интенсивной концентрацией на определенном раздражителе. Степень концентрации на ассоциациях, спровоцированных терапевтом, определяет область, в которой клиент в состоянии продемонстрировать каталептические реакции. Они могут включать концентрацию зрения, полную обездвиженность, так называемую восковую гибкость, обычно связанную с кататоническим клиентом, конечности которого принимают любую позицию, приданную им терапевтом, напряжение мышц, бессознательные движения и замедление основных физиологических процессов, таких как дыхание, моргание и сглатывание. Признаки каталепсии могут в значительной мере служить показателем гипноза (как возникшего спонтанно, так и с помощью формальной индукции), также они могут быть внушенными, с определенными терапевтическими целями, какие я вскоре опишу.

Каталепсию необходимо признать одной из основных черт гипноза, поскольку непосредственно или косвенно, она связана с каждым гипнотическим явлением. Будучи процессом концентрации на новой реальности, она открывает путь для отказа от "старых" реальностей, на период достаточно долгий, чтобы вы-

123

звать терапевтический опыт регрессии возраста, анальгезию или сенсорные изменения.

Каталепсия означает такую сильную концентрацию внимания на одном уровне (или на нескольких), что на остальных уровнях клиент проявляет значительную активность и податливость на указания терапевта. Человек, сконцентрированный на чем-то определенном, может удерживать руку в приданной ей позиции, так как слишком занят другим и не способен подумать об изменении ее положения.

Терапевтические цели достижения каталепсии можно описать двояко. Каталепсия может быть целенаправленной реакцией или служить для облегчения другого гипнотического опыта по-средством указания клиенту того, что его бессознательное может реагировать автоматически. Каталепсию, как целенаправленную реакцию можно применять, например по отношению к человеку, который должен до минимума ограничить движения, чтобы быстрее и удобнее вернуться к здоровью. Будучи явлением, облегчающим другой гипнотический опыт, каталепсия может служить основой для привлечения и занятия внимания клиента — то есть быть индуктором. Давая возможность увеличить независимую активность бессознательного и укрепить степень

вовлеченности или концентрации гипнотизируемого — она действует также углуб-ляюще (Erickson, Rossi, 1976; Weitzenhoffer, 1989).

Техники

Каталептические реакции может облегчать все, что решительно притягивает внимание клиента, включая интересный рассказ, нечто неожиданное и методы дезориентации (Bloom, 1990; Rossi, 1973). Каталепсию можно вызвать, в зависимости от необходимости, непосредственно или косвенно, вербально или невербально. Чаще применяемый способ, основан на общих внушениях релаксации и невозможности двигаться.

Вероятно лучшим и наиболее практичным примером укрепления гипноза или каталепсии, при помощи невербальных внушений будет техника моделирования. Пользуясь собственным телом как моделью вы можете сознательно перейти от живых образцов обычной беседы к демонстрации клиенту потенциального ока-

124

менения, связанного с гипнотическим состоянием (Erickson, 1983; Gilhgan, 1987).

ДИССОЦИАЦИЯ

Описание

Диссоциацию определяют как способность расщеплять целостный опыт на составные части, укрепляя сознание одной из частей в ущерб остальным. К сожалению, большинство терапевтов, по видимому знакомо с диссоциацией лишь в ее патологических формах, и не желает знать как применять лечебные аспекты этого явления.

Благодаря диссоциации клиенты не связаны напрямую с опытом, который в данный момент ими испытывается. Они не вовлечены в него и не "присутствуют" в нем, двигаясь в определенном пространстве, но одновременно находясь в совершенно другом месте. Сознание отплывает, занятое чем-то, что привлекло его внимание и тогда бессознательное может реагировать любым избранным вами способом. Таким образом, чем глубже состояние гипноза, тем выше степень диссоциации и лучше шансы для неосознанных реакций.

Диссоциация — неотделимый элемент гипноза, поэтому она была описана ранее, как одна из его основных характерных черт. Она позволяет проявиться рефлекторным и спонтанным реакциям клиента; давая возможность обрести вытесненные или потерянные воспоминания, позволяя телу забыть о движении или регистрации раздражителей и т.д. (Cardena, Spiegel, 1991; Hilgard, 1986; Spiegel, 1993).

Техники

Все внушения, облегчающие область опыта, это внушения диссоциации Каждая из гипнотических индукций, ранее описанных, вызовет диссоциацию сознания - бессознательного, при помощи выявления способности клиента испытывать и учиться без усилий, привычно. Сознанию подаются идеи и опыт, на которых

125

оно может сконцентрироваться, а бессознательному предлагают прореагировать на новые способы и подсознательно учиться.

Непосредственные внушения такого разделения позволяют клиенту открыть (или, в зависимости от обстоятельств, вспомнить), что возможно ощущать на различных уровнях, а также что такой опыт может возникнуть спонтанно и рефлекторно.

Диссоциация косвенно внушается всякий раз, когда дается внушение конкретного явления, характерного для гипноза. Ее возникновение облегчает применение метафор, методы дезориентации и другие формы косвенного внушения (Bandler, Grinder, 1979; Gilhgan, 1987; Grinder, Bandler, 1981; Hammond, 1990; Watkins, Watkins, 1993).

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ И СЕНСОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Описание

Галлюцинации, вызванные гипнозом это внушенный опыт, который клиент может испытать, явно не связанный с объективной реальностью.

Галлюцинация по определению это чувственный опыт, не вызваный внешними раздражителями. Ее можно описать как "позитивную" или "негативную". Эти термины однако не указывают на эмоциональное влияние галлюцинации на человека, который ее испытывает, а скорее на ее структуру. Позитивную галлюцинацию описывают как опыт (визуальный, слуховой, кинестетический, обонятельный, вкусовой) чего-то, что объективно не присутствует. Негативная галлюцинация это невосприятие чего-то, что объективно присутствует (явление обратное позитивной галлюцинации).

Давая возможность клиенту испытать галлюцинацию, терапевт изменяет осознание получаемых клиентом раздражителей. Введение клиента в ситуацию, где он может по иному ощущать самого себя или окружающий мир, расширяет область восприятия и таким образом, может открыть новые ценные возможности (Bandler, Grinder, 1979; Hilgard, 1986; Weitzenhoffer, 1989).

126

Техники

Галлюцинации могут возникать спонтанно , что часто и происходит. Чтобы их сознательно спровоцировать годятся как непосредственные так и косвенные техники.

Часто достаточно лишь непосредственного внушения испытать что-нибудь; обычно прежде чем терапевт попытается дать возможность клиенту испытать галлюцинацию, контакт уже установлен и известна гипнотическая податливость данного человека.

Внушение испытывать позитивные или негативные галлюцинации не нужно давать в виде противоречащих утверждений, поскольку загипнотизированный должен точно знать, что он должен ощущать а что нет.

Для облегчения галлюцинаций можно использовать также косвенные внушения. Внушить клиенту ощущать свою руку — это косвенное внушение, направленное на то чтобы он не ощущал ноги (Bandler, Grinder, 1979; Erickson, Rossi, Rossi, 1976; Spanos, Coe, 1992; Young, Bentall, Slade, Dewey, 1987).

ИДЕОДИНАМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

Описание

Автоматические действия, на которые способен человек, существуют по крайней мере на трех уровнях: моторном, сенсорном и аффективном. Эти автоматические действия называются идеодинамическими реакциями, поскольку они обращают идею в действие. Отдельные их разновидности называются реакциями "идеомоторными", "идеосенсорными", и "идеоаффективными". Каждая автоматическая реакция возникает на уровне бессознательного в ответ, как на внешний раздражитель, так и на внутренний.

Идеомоторные реакции это физическое проявление психического опыта, неосознанная реакция вашего тела на ваши мысли.

Идеосенсорные реакции это автоматическое восприятие впечатлений, связанных с переработкой внушений. Их основа — нормальная область чувствительности и кинестетическая память о том как ощущают конкретные вещи.

127

Идеоаффективные реакции это автоматические эмоциональные реакции, связанные с различным опытом. Оставаться полностью нейтральным по отношению к чему-либо чрезвычайно трудно или невозможно, поэтому по мере того, как клиент принимает внушение терапевта, неизбежно проявляются различные чувства, связанные с содержащимися в них концепциями.

Во время проведения гипноза идеодинамические реакции будут важнейшими переменными по двум причинам: во первых, они являются отражением внешнего опыта клиента, на тех уровнях, где ожидаются перемены, во вторых - они часть переживаемого, в данный момент терапевтического опыта, поэтому они будут опираться на действия, чувства и ощущения, составными частями терапии, которые данный человек применяет как начало для будущего изменения (Cheek, 1994; Erickson, Rossi, 1979, 1981; Gilligan, 1988; Lankton, Lankton, 1983; Weitzenhoffer, 1989).

Техники

В отличие от многих других, характерных для гипноза явлений, идеодинамические реакции проявляются несмотря на последовательность действий. Клиент не может предотвратить бессознательные движения тела или воздержаться от того, чтобы заново пережить чувства и впечатления, связанные с поднятыми разговором вопросами. Гипнотически укрепленные идеодинамические реакции сводятся к вопросу, хорошо ли реагирует клиент на внушение конкретных автоматических реакций.

Занятие клиента, содержанием внушения облегчает идеодинамические реакции, так как его бессознательное начинает реагировать, когда он проецирует свою личность на описываемую ситуацию и предпринимает усилия, чтобы ее понять (Erickson, Rossi, 1981; Gilhgan, 1987).

НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВА ВРЕМЕНИ

Описание

Ощущение времени — чисто субъективный опыт, это значит, что течение времени, в каждый отдельный момент, восприни-

128

I мается присущим лишь вам образом. В зависимости от степени * концентрации внимания данного человека, проходящее время мо- жет ему казаться значительно длиннее или короче от действитель- но прошедшего. Нарушения такого типа случаются со всеми, кто подвергается "обычному гипнозу". Ощущение времени, как и другой субъективный опыт, можно изменить при целенаправленном ! применении гипнотических техник (Cooper, 1952; Cooper, Erickson, 1982;Епскьоп, Enckson, 1958; Zeig, 1980).

Техники

Техники, облегчающие нарушение в восприятии времени, включают различные методы: начиная с того, чтобы просто оставить все как есть, позволяя этому явлению проявиться самому, заканчивая предоставлением непосредственных или косвенных внушений перемен. Нарушения ощущения времени часто возникают самостоятельно, без специальных внушений, поскольку, как только клиент закроет глаза и начнет концентрироваться на внутренних ощущениях (мыслях, воспоминаниях, впечатлениях и т.д.), внешний мир станет лишь фоном, а реалистическая оценка времени осложнится.

Возникновение этого явления могут значительно облегчить непосредственные внушения, особенно даваемые разрешительным методом.

С помощью косвенного внушения можно осторожно подать идею того, что ощущение времени можно изменять. Косвенные внушения, рассказы, приводящие примеры о нарушениях восприятия времени, разговорные постулаты и двойные спирали, все эти техники служат облегчению нарушения восприятия времени (Alman, Lambrou, 1992; Enckson, Enckson, 1985; Hammond, 1990; Lankton, Lankton, 1983; Spiegel, Spiegel, 1987).

ЗАВЕРШЕНИЕ ГИПНОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Не смотря на то, как приятно находиться в гипнозе, гипнотический сеанс необходимо когда-нибудь завершить. Выведение клиента из гипноза будет конечной фазой гипнотической интеракции. Клиент может проявлять готовность к выходу из гипноза, понижая концентрацию внимания незначительными движениями и

129

даже вытягивая все тело. Когда терапевт заметит такие признаки, он должен решить, достигнута ли цель данной сессии. Попытки выхода из гипноза, инициированные самим клиентом, могут свидетельствовать о том, что он пытается уйти от проблемы, а это необходимо проработать в терапии.

Вопрос о том, когда завершить гипноз должен решать сам терапевт, опираясь на план лечения, принимая во внимание успехи, полученные во время данной сессии.

В большинстве непосредственных техник выведения из гипноза (традиционно называемых "пробуждением") применяется метод отсчета: "Теперь я буду считать до трех, и когда щелкну пальцами, вы проснетесь". Такой метод не принимает во внимание тот факт, что каждый клиент ощущает необходимость выходить из гипноза в собственном темпе. Ожидая, что загипнотизованный отреагирует на ваш сигнал и закончит гипноз лишь потому, что вы так захотели, вы не даете ему шанс, необходимый, для того чтобы с чувством удовлетворения выйти из состояния гипноза.

Если гипнотическое состояние имело неформальный, спонтанный характер, то терапевт может принять решение дать косвенные внушения выхода из транса.

Поскольку люди лучше помнят недавние события (эффект свежести ощущений), способ завершения гипнотического опыта, будет иметь большое влияние на клиента — чувства, которые данный человек испытает во время выхода из гипноза, будут у него ассоциироваться с самим опытом гипноза (Erickson, Rossi, 1981; Kirsch, Lynn, Rhue, 1993; Watkins, 1986).

ИТОГ

Клинические интервенции всегда будут ассоциироваться с классическими гипнотическими явлениями, поэтому знание тонкостей, каждого такого субъективного опыта необходимо. Перед целенаправленным применением этих явлений стоит понаблюдать их проявление в обычной жизни, предпринимая попытки понять, какой раздражитель стал основой для замеченного явления.

130

ЛИТЕРАТУРА

Alman, B., Lambrou, P. (1992). Self-hypnosis: The complete manual for health and self-change. New York: Brunner/Mazel.

Handler, R., Gnnder, J. (1979). Frogs into princes, Moab, UT: Real People Press.
Barber, J. (1977). Rapid induction analgesia: a clinical report. American Journal of Clinical Hypnosis, 19, 138-149.
Barber, J., Adrian, C. (red.). (1982). Psychological approaches to the management of pain. New York: Brunner/Mazel.
Bloom, P. (1990). The creative process in hypnotherapy. W: M. Fass, D. Brown (red.), Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A festschrift for Enka Fromm. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Brown, D., Fromm, E. (1986). Hypnotherapy and hypnoanalysis. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Brown, D., Fromm, E. (1987). Hypnosis and behavioral medicine. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Cardena, E., Spiegel, D. (1991). Suggestibility, absorption, and dissociation: Ал integrative model of hypnosis. W: J. Schumaker (red.), Human suggestibility: Advances in theory, research, and application (s. 93-107). New York: Routledge & Kegan Paul.
Chaves, J., (1989). Hypnotic control of clinical pain. W: N. Spanos, J. Chaves (red.), Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective. Buffalo, New York: Prometheus Books.
Chaves, J. (1993). Hypnosis in pain management. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 511-532). Washington, DC: American Psychological Association.
Cheek, D. (1994). Hypnosis: The application oftdeomotor techniques. Boston, MA: Allyn & Bacon.
Cooper, L. (1952). Time distortion in hypnosis. Journal of Psychology, 34, 247-284.
Cooper, L. (1979). Hypnotic amnesia. W: E. Fromm, R. Shor (red.), Hypnosis: Developments in research and new perspectives (s. 305-351). New York: Aldine Ather-ton.
Cooper, L., Erickson, M. (1959; 1982). Time distortion in hypnosis: An experimental and clinical investigation. New York: Irvington.
Crasilneck, H., Hall, J. (1985). Clinical hypnosis: Principles and applications. Orlando: Grune & Stratton.
deShazer, S. (1978). Brief hypnotherapy of two sexual dysfunctions: The crystal ball technique. American Journal of Clinical Hypnosis, 20, 203-208.
Edelstien, M. (1986). Age regression. W: B. Zilbergeld, M. Edelstien, D. Araoz (red.), Hypnosis: Questions andanswers (s. 155-159). New York: Norton.
Edgette, J. H., Edgette, J. S. (1995). The handbook of hypnotic phenomena in-psychothe-rapy. New York: Brunner/Mazel.
131
Enckson, M (1954) Pseudo-onentation in time as a hypnotherapeutic procedure International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2, 261-283
Enckson, M (1966) The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control American Journal of Clinical Hypnosis, 8,198-209
Enckson, M (1983) Healing in hypnosis E Rossi, M Ryan, F Sharp (red) New York Irvington
Enckson, M (1985) Life reftaming in hypnosis E Rossi, M Ryan (red) New Yoik Irvington
Enckson, M , Enckson E (1958) Further considerations ot time distortion Subjective time condensation as distinct from time expansion American Journal of Clinical Hypnosis 1 83-88
Enckson, M , Rossi, E (1974) Vaneties of hypnotic amnesia American Journal of Clinical Hypnosis, 4 225-239
Enckson, M , Rossi, E (1979) Hypnotherapy An exploratory casebook New York Irvington
Enckson, M , Rossi, E (1981) Experiencing hypnosis New York Irvington Enckson M Rossi, S , Rossi, E (1976) Hypnotic realities New York Irvington
Evans F (1986) The importance and role of posthypnotic amnesia W B Zil beigeld, M Edelstien, D Araoz (red), Hypnosis Questions and answers (s 173 180) New York Norton
Gilhgan, S (1987) Therapeutic trances The cooperation principle in Enckso-maii hypnotherapy New York Brunner/Mazel
Gilhgan, S (1988) Symptom phenomena as trance phenomena W J Zeig, S Lankton (red), Developing Encksoman therapy State of the art (s 327-352) New York Brunner/Mazel
Gnnder, J, Bandler, R (1981) Trance-for motions N euro-Linguistic Pro gi amming and the structure of hypnosis Moab, UT Real People Press
Hammond, D (red) (1990) Handbook of hypnotic suggestions and metaphors New York Norton
Havens, R (1986) Posthypnotic predetermination of therapeutic progress American
Journal of Clinical Hypnosis, 28, 258-262
Hilgard, E (1968) The experience of hypnosis New York Harcourt Brace Jo-vanovich Hilgard, E , Hilgard, J (1994) Hypnosis in the relief of pain New York Brunner/Mazel
Hilgard, E (1986) Divided consciousness Multiple controls in human thought and action New York John

Wiley & Sons
Kirsch, I, Lynn, S, Rhue, J (1993) Introduction to clinical hypnosis W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis (s 3-22) Washington, DC Amencan Psychological Association
Lankton, S , Lankton, C (1983) The answer within A clinical framework of Eucksoman hypnotherapy New York Brunner/Mazel
Lazarus, A (1984) In the minds eye The power of imagery for personal enrichment New York Guiltord
Nash, M (1987) What, if anything, is regressed about hypnotic age regression9 A review ot the empincal literature Psychological Bulletin, 102, 42-52
132
Phillips, M , Frederick, C (1992) The use of progressions as prognotic, ego-strenghte-mng, and integrating techniques American Journal of Clinical Hypnosis, 35, 99 108
Rossi, E (1973) Psychological shocks and creative moments in psychotherapy Amencan Journal of Clinical Hypnosis, 16, 922
Rossi, E , Cheek, D (1988) Mind-body therapy New York Norton
Spanos, N , Coe, W (1992) A social-psychological approach to hypnosis W E Fromm, M Nash (red), Contemporary hypnosis research (в 102-130) New York Guiltord
Spiegel, D (1993) Hypnosis in the treatment of post-traumatic stress disorders W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis (s 493-508) Wash ington DC Amencan Psychological Association
Torem, M (1992) „Back from the future' A powerful age-progression technique Amencan Journal of Clinical Hypnosis, 35, 2, 81-88
Watkins, J (1971) The aftect bridge A hypnoanalytic technique International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 19, 1,21-27
Watkins, J (1986) Handling a patient who doesnt come out of trance W B Zilbergeld, M Edelstein, D Araoz (red), Hypnosis Questions and answers (s 445-447) New York Norton
Watkins, J , Watkins, H (1993) Accessing the relevant area of personality lunctionmg American Journal of Clinical Hypnosis, 35, 4, 277-284
Weitzenhotter, A (1989) The practice of hypnotism (t 1) New York John Wile> & Sons
Yapko M (1988) When living hurts Directives for treating depression New Yoik Brunner/Mazel
Yapko, M (1992) Hypnosis and the treatment of depressions New York Brunner/Mazel
Young, H , Bentall, R , Slade, P , Dewey, M (1987) The role of brief instructions and suggestibility in the ehcitation ot auditory and visual hallucinations in normal and psychiatric subjects Journal of Nervous and Mental Disease, 175, 41M8
Zeig J (red) (1980) A teaching seminar with Milton H Erickson, M D New Yoik
Brunner/Mazel Zeig, J (1985) The clinical use of amnesia Encksoman methods W J Zeig (led), Encksomanpsychotheiapy, t 1, Structures (s 317-337) New York Brun-nei/Mazel
133

Глава 18
САМОГИПНОЗ И "Я" ТЕРАПЕВТА

Какова ваша "внутренняя среда"? Спокойная или полная стрессов? Принимаете ли вы себя каким есть или критикуете? В этой книге я подчеркиваю роль коммуникации — также и с самим собой — как в укреплении, так и в ослаблении собственных ощущений.

"Психопатология", кроме прочего, занимается фактом того, что лю*ди вначале думают о плохом (плохо думают о себе, других, о жизни, о чем бы то ни было), а потом начинают в это верить. Поэтому, если кто-то говорит себе: "Мои отношения с окружающими никогда не станут хорошими", и признает это высказывание верным, оно без труда может стать самоисполняющимся предсказанием. Эрнест Хил-гард назвал такое явление "представление в которое поверили". Когда люди начинают верить в позитивные вещи, говоря себе ("Я могу это сделать, хотя слегка побаиваюсь"), это не считается симптоматичным. Терапевт видит лишь проблемы, которые клиент себе внушает и связанные с этим последствия.

На мой взгляд, они делают ошибку, поскольку чем больше нам известно о внутренних ощущениях людей, которым что-то удается, тем лучше мы сможем научиться коррегировать поведение людей, ведущих себя неверно в той же области. Например, когда мы боимся публичных выступлений, то представляем себя стоящими перед усталой и раздраженной аудиторией. В мельчайших деталях мы способны представить собственное поражение, ощутить беспокойство и страх (идеоаффективные реакции), как если бы это были реальные образы. Люди, не боящиеся публичных выступлений, не визуализируют свое поражение. Детальный анализ причин страха

пред такими выступлениями ничего не даст, если данный человек будет продолжать создавать те же вредные картины. Никакой "очищающий" процесс релаксации не может соперничать с силой таких беспокоящих представлений. Поэтому терапия должна предотвратить их возникновение.
134
ТОЧКИ КОНЦЕНТРАЦИИ И КАЧЕСТВО ВАШЕЙ ЖИЗНИ
Большинство того, что сказано мной о гипнозе можно выразить в двух словах: точки концентрации. То, на чем вы концентрируете внимание и то какими аспектами ощущений вы заняты, в значительной степени определяет вашу реакцию и убеждения о себе. Каждая ситуация имеет множество возможных точек концентрации. Например, проводя гипноз, вы можете сконцентрировать внимание на своем самочувствии во время сессии, на том, какие слова вы собираетесь применить и какие образы они вызывают в вашем сознании. В этом случае, ваша концентрация будет в основном внутренней, а это не поможет введению клиента в гипноз. Если вы не сконцентрируетесь на клиенте, то можете пропустить его спонтанную реакцию, теряя шанс ее использовать.
Если кто-то погружен в проблему (внутренняя концентрация) и должен идти на прием, то не сможет вступить в контакт с остальными гостями. Если он не изменит точки концентрации и не перенесет ориентацию вовне, то будет причислен к невежливым, понурым или скромным. Таким образом проявится негативная обратная связь. Это конечно не будет укрепляющим дух переживанием.
И еще один пример. Если я буду концентрироваться на удовлетворении ваших нужд, редко учитывая свои, то в вопросе самооценки стану зависимым от ваших ожиданий, начну бояться быть покинутым и, что еще хуже, утрачу сознание себя как личности.
Гипноз основан на перенесении точек концентрации, по принципу такого управления людьми, чтобы они концентрировались на концепциях полезных в данной ситуации. Что дает им поддержку при создании климата, соответствующего исполнению того, что эти люди хотят, давая возможность использовать, их неза-действованные до этого времени, возможности, необходимые при реализации намеченных целей. Квалифицированный практик должен знать, какие точки концентрации нужно использовать, чтобы клиент мог реализовать свои намерения.
Эти концепции стоит применить и к себе. Применяя способы индукции, представленные в данной книге, вы можете обучиться самогипнозу. Вы сможете концентрироваться на тех аспектах
135
своего опыта, которым вы обычно не посвящали слишком много внимания. Вы можете мысленно сказать себе, чего вы хотите достичь и как вы собираетесь это сделать. Воображение поможет вам создать образ благоприятного выхода из трудной ситуации, что увеличит вероятность достижения успеха. За основу послужит само желание изменения чего-то. Можно также вызвать чувства, связанные с принятием риска в разумных границах и с достижением успеха. Позже такие чувства можно растянуть на проблему, с которой вы работаете. Как начать изучение самогипноза? Тренинг необходимо начать с приготовления кассет с записями сессий, обращаясь к себе, как если бы вы были своим клиентом. Выберите проблему, которой вы хотите заняться, и запишите процесс ее проработки (образцом может послужить, помещенная в главе 21, примерная сессия, ориентированная на решение проблем). Такое решение гарантирует определенную пользу. Прежде всего, кто может лучше поговорить с собой чем вы сами? Кроме того, во время первых тренингов самогипноза, вероятно вам не удастся сохранить полную концентрацию. Кассета в роли ведущего, заставит ваши мысли течь свободно, время от времени возвращая их к записи. По мере приобретения опыта, ваше внимание перестанет блуждать и научится придерживаться задания все более длительный период. Конечно в каждую минуту вы можете закончить сессию, переключаясь в состояние бодрствования, возвращаясь к выполнению ежедневной работы. В конце кассета вам перестанет быть нужной и вы сможете достигать состояния гипноза без ее помощи. Старайтесь упражняться все чаще без кассеты, пока не научитесь проводить полезные сессии в своих мыслях, совершенно без применения записи.
Самогипноз позволит вам использовать те части личности, которые наиболее необходимы вам в данной ситуации, он придаст вам гибкость и полное уважения отношение к самому себе, вместо отношений полных конфликтов и заниженной самооценки.
Для правильного функционирования, как личности и как терапевта, вам необходим соответственно развитый и защищенный "внутренний пейзаж". Сознание того, что вы можете использовать свои возможности гипнотизера не только для блага клиентов, но и для своего собственного, поднимет ваш дух.

136

ЛИТЕРАТУРА

Alman, B., Lambrou, P. (1992). Self-hypnosis: The complete manual for health and self-change. New York: Brurmer/Mazel.
Fromm, E., Kahn, S. (1990). Self-hypnosis: The Chicago paradigm. New York: Guilford.
Sanders, S. (1991). Clinical self-hypnosis: The power of words and images. New York: Guilford.
Simpkins, C, Simpkins, A. (1991). Principles of self-hypnosis: Pathways to the unconscious. New York: Irvington.
Soskis, D. (1986). Teaching self-hypnosis. New York: Norton.

137

Глава 19

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИПНОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Сущность клинического гипноза это использование способности воспринимать самого себя, во время сознательного стремления к достижению личной цели. Какие неограниченные возможности есть у людей? Какие условия они должны соблюдать для того, чтобы реализовать свои намерения?

СТРУКТУРА СИМПТОМОВ И ГИПНОТИЧЕСКИЕ ЯВЛЕНИЯ

Я сравнил классические гипнотические явления с кубиками, из которых строятся ощущения. В различных комбинациях, с различной степенью сложности, они складываются в данный гипнотический опыт, плохой или хороший. В контексте проведения терапии способность распознавать характерные для гипноза явления, связанные с симптомами, наблюдаемыми у клиента, позволяет быстро и всесторонне понять его проблему. Знание психической дороги, которую необходимо пройти, для того чтобы проявились определенные симптомы, дает возможность выбрать момент, в котором для блага клиента необходимо прервать весь процесс.

Особенно стоит подчеркнуть диссоциативную природу этих признаков. Клиенты подвергнутые терапии обычно говорят, что симптом "возник сам собой", указывая на то что он не является их добровольной реакцией. Если мы определим терапию, как применение паттернов разрушения и построения, что может касаться всех методов лечения, станет очевидным, что роль терапевта состоит в определении нового контекста для дисфункциональных или самограничивающих способов поведения, мыслей и чувств клиента. Соответствующие точки концентрации лучше всего создавать, используя подходящий опыт, такой как гипнотические

138

процессы и эмпирические техники, например разделение заданий и "приписывание" определенного поведения.

Применение гипнотических явлений как точек концентрации, может стать полезным для понимания строения симптома. Когда такие явления ясно видны в структуре проблемы, ее решение может принять форму конструирования новых ассоциаций, с помощью комплиментарных гипнотических явлений. Полезным упражнением может стать определение типов явлений, характерных для гипноза, возникающих в случаях нарушений, которые вам приходится лечить чаще всего (Araoz, 1985; Gilligan, 1987, 1988; Zeig, 1988).

ПАТТЕРНЫ ИНТЕРВЕНЦИИ

Способы применения гипноза так разнообразны и творчески как сами терапевты, их применяющие. Нет универсального рецепта разрешения ни одной человеческой проблемы. Простые и непосредственные внушения, объясняющие некий вопрос, признаются допустимой формой лечения, поскольку могут воздействовать на определенный, относительно небольшой, процент населения. Описанные здесь многочисленные паттерны, были представлены исходя из необходимости большинства людей в более многостороннем подходе. Обычно это означает подстройку общих паттернов интервенции к конкретным нуждам данного клиента. Такой процесс напоминает обучение грамматике и словам языка, при одновременном сохранении индивидуального стиля изложения. Таким образом, существует целая гамма паттернов, от относительно простых до очень сложных. Ниже описаны некоторые из простейших и наиболее употребительные гипнотические паттерны интервенции.

ИЗМЕНЕНИЕ ИСТОРИИ ЖИЗНИ

Применяя изменение жизненной истории, как способ терапевтической интервенции, можно воспользоваться регрессией и прогрессией возраста, каталепсией, диссоциацией, галлюцинацией и

нарушением ощущения времени. Эту стратегию хорошо использовать, в случае когда проблема клиента связана с принятым им когда-то ошибочным решением. Каждое решение тянет за собой
139
определенный опыт, который может иметь последствия на всю дальнейшую жизнь. Рассмотрим пример клиента, который ребенком был сексуально использован и производя генерализацию, определил мир как место, где такое случается повсеместно, а людям нельзя верить, и потому позитивные контакты с окружающими невозможны. Терапевт способен помочь такому человеку вернуться к ранним воспоминаниям, облегчая (фиктивно) ощущение чувства любви, опеки и безопасности. Когда загипнотизированный клиент уже испытает такие чувства, его ведут в настоящее, где он получает впечатление о том, что позитивные ощущения все еще присутствуют в его жизненном опыте. В результате отношения клиента к себе и другим могут измениться. Некоторые клиенты интегрируют внушенный им опыт и воспринимают его так, как если бы он принадлежал реальной истории их жизни (они могут даже клясться в его правдивости). Другие просто благодарны, за то что испытали подобные чувства и пережили связанные с ними перемены, осознавая однако роль гипноза во всем этом.

ПЕРЕЖИВАНИЕ ЗАНОВО КРИТИЧЕСКОГО (ТРАВМАТИЧНОГО) СОБЫТИЯ

Нельзя избежать болезненного опыта, также как нельзя уйти от косы смерти. Машины разбиваются, люди умирают, войны не кончаются... Несмотря на мрачную реальность, обычно важнейшее влияние на нашу жизнь производят, так называемые, травмы повседневности. Вредный ребенок, который насмехался над вашими веснушками, брюки, лопнувшие в самом неподходящем моменте, и это глупое неуместное замечание, какое не должно было быть произнесенным, все это примеры такого типа травм невероятно важного значения. Когда спустя годы, они будут подвергнуты разумной оценке, то покажутся глупыми (и иррациональными), однако все еще несут в себе большой эмоциональный заряд. Людям, испытавшим травму (даже если терапевт оценивает ее слабой, мерой травматизма являются чувства клиента), травматические события могут стать поворотным пунктом в жизни. Если такие события привели к изменениям в худшую сторону, а так случается не всегда, то подходящим методом лечения может стать заново переживание критического события. Такой метод включает оживление опыта, каталепсию, диссоциацию, прогрессию возраста и галлю-
140
цинацию. Этот процесс, большой эмоциональной силы, целью которого будет освобождение подавленных чувств, вязаных с травматическим событием (катарсис), а после упорядочивание их иным образом (реинтерпретация). Если клиент сохранил сознательные воспоминания о критическом событии, то действия будут относительно простыми. Если же инцидент был забыт или частично подавлен, весь процесс необходимо провести с чувством, поскольку бессознательное такого человека будет стараться удержать соответствующую информацию вне сознания. В таком случае допустимо применение стратегии переживания критического события, необходимо однако сохранить осторожность и позволяя клиенту делать это в выбранном им темпе и лишь в крайнем случае склонить его к непосредственному столкновению с тем, чего он избегает. Необычайно полезным в оценке, готовности бессознательного клиента справиться с травматическим опытом и\или его последствиями (а также хочет ли оно и в состоянии ли это сделать), может оказаться эксперимент с помощью идеомоторных воображений (ideomotor questioning) (Cheek, 1994; Erickson, Kubie, 1941; Feldman, 1985; Spiegel, 1993; Spiegel, Spiegel, 1987; Yapko, 1992).

ДОМАШНИЕ ЗАДАНИЯ

Во многих методах терапии применяются "домашние задания", поручение клиенту заданий, какие он должен выполнять между терапевтическими сессиями. Они должны укрепить мысли чувства и образцы поведения, признанные терапевтом полезными для лечения. Техника использует уровень непосредственного опыта, часто намного более существенного чем уровень к какому обращается вербальная терапия. Это гипнотический опыт, поскольку его можно считать в процессе лечения, метафорой, связанной с ощущениями. Другими словами, соответственно представленные домашние задания, будут относиться к неосознанной динамике, представляемой проблемы. Вовлеченность в действия, какие во время конфронтации со сдерживающими мыслями, чувствами и поведением, изменят воззрение клиента на себя, может принести желаемые плоды перемен (Haley, 19973; Lankton, 1988; Madanes, 1981, 1984; Yapko, 1988).
141
Один из типов домашнего задания состоит в поручении клиенту провести эксперимент, основанный на том, чтобы испытать его вредные убеждения, в которые он верит, хотя в

реальности они не соответствуют правде. Например, один из моих подопечных, терапевт, за восемь лет ведения практики ни разу не взял отпуск. Он боялся, что за время его отсутствия с клиентами может произойти нечто ужасное. Я подчеркнул значение свободного времени для каждого человека, убеждая его, что люди, которых он лечит должны приобрести самостоятельность, в степени, позволяющей им преодолевать кратковременные отсутствия терапевта. Он согласился со мной и решил взять короткий отпуск. С многонедельным упреждением он проинформировал клиентов о своих планах, а также дал им имена и телефоны двух терапевтов, которые должны были его заменять. Я попросил его постараться предвидеть всяческие возможные проблемы. Наконец он уехал, убежденный, что приготовил все наилучшим образом. Во время его отсутствия ничего плохого не случилось и мой подопечный признал, что все-таки может иногда уехать и сказал: "Я способен подготовить это все лишь до определенной степени, остальное — дело моих клиентов".

РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ

Этот метод состоит в остановке системы убеждений клиента, на время, достаточно долгое, чтобы он мог рассмотреть свою проблему с другой перспективы. Превращение "наполовину пустого стакана" в стакан "наполовину полный" может стать примером трансформации негативного взгляда в позитивный. Реструктуризация может также действовать и в обратном направлении. Если терапевт прокомментирует действие, в которое клиентка была вовлечена с добрыми намерениями, словами: "Как вы могли сделать такое?", он может резко превратить ее удовлетворение в страдание.

Целью большинства интервенций, будет однако превращение страданий в удовлетворение. Основные принципы реструктуризации, как стратегии интервенции, исходят из убеждения о том, что каждый опыт (мысль, чувство, поведение) имеют некую позитивную ценность. Объясняя, как и почему опыт, который клиент принимает за негативный, в соответствующем контексте, может

142

представлять для него некую ценность, терапевт в состоянии изменить отношение клиента к данному опыту, разгружая тем самым его негативные чувства (Bandler, Grinder, 1979, 1982; Gilligan, 1987; Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974).

Воспользуемся примером человека, который верит, что жизнь черно-белая и все может быть лишь черным или белым. Такой человек рассуждает в категориях "должен" и "это единственный верный способ". В рамках реструктуризации, можно дать ему внушения типа:

"Наверное каждый видел тесты с пятнами чернил, какими пользуются некоторые психологи... клиент видит кляксу... загадочный раздражитель... и придает ему значение... изнутри...это проекция... на самом деле ведь... клякса ничего не значит... только то, о чем вы думаете... а что самый многозначный раздражитель для человека?... Жизнь! Жизнь это пятно чернил... проживая каждый день своей жизни... одни видят ее как приключение... шанс... другие как полосу препятствий, с которой необходимо бороться до самой смерти..."

Проводя реструктуризацию "черно-белой жизни" в "жизнь как чернильное пятно", заново определяются значения основного десигната. Поскольку реструктуризация означает придание новых определений.

ПРЕДПИСАНИЕ СИМПТОМОВ

Предписание симптомов, как терапевтический метод состоит в непосредственном или косвенном поддержании опасений клиента. Клиенту предлагается делать то, что он делает, но определенным, описанным терапевтом способом, благодаря детальному измененению (например времени или расположения). Клиент может начать по иному воспринимать данный симптом. Предписанный симптом перестает быть чем-то странным, тем что "случается само собой", теперь возникая по требованию терапевта. Спонтанное проявление принимает характер обдуманного действия. Модель проблемы переламывается и впоследствии она теряет привычное значение, что также, нивелирует прежние ассоциации.

143

Область применения парадигмы предписания симптомов довольно обширна. Предлагая человеку, который реагирует сопротивлением, делать именно это, мы определяем сопротивление как сотрудничество. Настраивая клиента позитивно на проявление симптома (если он не сопротивляется этому и не протестует, что еще более полезно), мы определяем его возможным к акцептации и желаемым элементом лечебного процесса. Поддерживая такое поведение клиента, можно обозначить неконтролированым проявлениям четкие границы, которые облегчат успешную борьбу с этими симптомами. Остающийся вне контроля больного симптом, теперь переходит под

ваш контроль — а вы можете свободно изменить его с пользой для клиента (Haley, 1973; Seltzer, 1986; Weeks, 1991; Zeig, 1980a, 1980b).

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТАФОРЫ

Терапевтические метафоры это рассказы, являющиеся аналогиями на проблемы клиента. Правильно представленные, они способны глубоко абсорбировать его внимание. Зачастую слушатель придает историям значения, которые терапевт и не пытался передать, что приводит к тому, что эти истории влияют сильнее чем это планировалось!

Умение рассказывать гипнотическим образом (то есть значимо, используя реакцию слушателя, применяя введенные в текст внушения контекстные приказы и т.д.) является неоценимым. Необходимость индуцировать состояние формального гипноза уменьшается, по мере того, как во время начала и далее в течении развития истории, возникают следующие друг за другом гипнотические реакции. Естественную способность клиента входить в гипноз и выходить из него, в то время как он слушает терапевта, можно укрепить, как раз посредством применения терапевтических метафор. Использование такой техники может привести к тому, что изменения произойдут относительно легко (Barker, 1985; Brown, 1993; Gordon, 1980; Haley, 1973; Hammond, 1990; Lankton, Lankton, 1983, 1986, 1989; Mills, Crowly, 1986; Rosen, 1982; Spiegelman, 1990; Zeig, 1980c).

Вот пример терапевтической метафоры. Она может подойти человеку, который с трудом переносит изменения в жизни и ко-

144

му умение подстраиваться крайне необходимо (например при перемене места работы).

"...Вы вероятно, хоть раз в жизни были в зоопарке... прекрасное место, где можно поучиться правильно прожить свою жизнь... в зоопарке столько разнообразных форм жизни... богатство жизни... все эти необыкновенные создания... все с различными чертами, для чего-то нужными... начинаешь понимать, что некоторые животные выжили только благодаря тому, что эволюционировали до огромных размеров... а другим неплохо живется с маленьким ростом... у кого-то все получается потому, что они питаются лишь ночью, в то время как другие днем... некоторые спокойны и пугливы, другие агрессивны и нападают на тех кто больше их самих... иные изменяют цвет, чтобы слиться с окружением... а иные прячутся в норах... есть такие что летают... как хорошо взлететь над всем этим... урок, какой дает нам природа, весьма поучителен... можно подстроиться к климату... приспособиться к региону... к конкретному месту... и выработать способность развиваться... этот урок может показаться жестоким... приспособиться или погибнуть... но ценность удачной адаптации неоспорима..."

ИТОГ

Когда терапевт применяет гипноз в терапии, его роль состоит в активном облегчении клиенту опыта, потенциально представляющего для него терапевтическую ценность. Литература о гипнозе и психотерапии описывает тысячи разнородных терапевтических стратегий. Методы, описанные в данной главе используются наиболее часто.

ЛИТЕРАТУРА

Araoz, D. (1985). The new hypnosis. New York: Brunner/Mazel.

Bandler, R., Grinder, J. (1979). Frogs into princes. Moab, UT: Real People Press.

Bandler, R., Grinder, J. (1982). Reframing: N euro-Linguistic Programming and the transformation of meaning. Moab, UT: Real People Press.

145

Barker, P. (1985). Using metaphors in psychotherapy. New York: Brun-ner/Mazel.

Brown, P. (1993). Hypnosis and metaphor. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 291-308). Washington, DC: American Psychological Association.

Cheek, D. (1994). Hypnosis: The application ofideomotor techniques. Boston, MA: Allyn Bacon.

Erickson, M., Kubie, L. (1941). The successful treatment of a case of acute hysterical depression by a return under hypnosis to a critical phase of childhood. Psychoanalytic Quarterly, 10, 583-609.

Erickson, M., Rossi, E. (1989). The February man: Evolving consciousness and identity in hypnotherapy. New York: Brunner/Mazel.

Feldman, S. (1985). Abreaction revisited: A strategic and interpersonal perspective. W: J. Zeig (red.), Ericksonian psychotherapy, 1.1, Structures (s. 338-358). New York: Brunner/Mazel.

Gilligan, S. (1987). Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy. New York: Brunner/Mazel.

Gilligan, S. (1988). Symptom phenomena as trance phenomena. W: J. Zeig, S. Lankton (red.).

Developing Ericksonian therapy: State of the art (s. 327-352). New York: Brunner/Mazel.
Gordon, D. (1980). Therapeutic metaphors. Cupertino, CA: Meta Publications.
Haley, J. (1973). Uncommon therapy. New York: Norton. Haley, J. (1984). Ordeal therapy. San Francisco: Jossey-Bass.
Hammond, D. (red.). (1990). Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York: Norton.
Lankton, C (1988). Task assignments: Logical and otherwise. W: J. Zeig, S. Lankton (red.), Developing Ericksonian therapy: State of the art (s. 257-279). New York: Brunner/Mazel.
Lankton, S., Lankton, C (1983). The answer within: A clinical framework of Erickso-nian hypnotherapy. New York: Brunner/Mazel.
Lankton, S., Lankton, C (1986). Enchantment and intervention in family therapy. New York: Brunner/Mazel.
Lankton, S., Lankton, C (1989). Tales of enchantment: Goal-oriented metaphors for adult and children in therapy. New York: Brunner/Mazel.
Madanes, C. (1981). Strategic family therapy. San Francisco: Jossey-Bass.
Madanes, C. (1984). Behind one-way mirror: Advances in the practice of strategic therapy. San Francisco: Jossey-Bass.
Mills, J., Crowley, R. (1986). Therapeutic metaphors for children and child within. New York: Brunner/Mazel.
Rosen, S. (red.). (1982). My voice will go with you. New York: Norton.
Seltzer, L. (1986). Paradoxical strategies in psychotherapy. New York: John Wiley & Sons.
Spiegel, D. (1993). Hypnosis in the treatment of post-traumatic disorders. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 493-508). Washington, DC: American Psychological Association.
146
Spiegel, H., Spiegel, D. (1987). Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis. Washington, DC: American Psychiatric Press.
Spiegelman, E. (1990). Metaphor and meaning in psychotherapy. New York: Guilr'ord. Watzlawick, P., Weakland, J., Fish, R. (1974). Change. New York: Norton.
Weeks, G. (red.). (1991). Promoting change through paradoxical therapy. New York: Brunner/Mazel.
Yapko, M. (1988). When living hurts: Directives for treating depression. New York: Brunner/Mazel.
Yapko, M. (1992). Hypnosis and the treatment of depressions. New York: Brunner/Mazel.
Zeig, J. (1980a). Symptom prescription and Ericksonian principles of hypnosis and psychotherapy. American Journal of Clinical Hypnosis, 25,16-23.
Zeig, J. (1980b). Symptom prescription techniques: Clinical application using elements of communication. American Journal of Clinical Hypnosis, 23, 23-32.
Zeig, J. (red.). (1980c). A teaching seminar with Milton H. Erickson, M.D. New York: Brunner/Mazel.
Zeig, J. (1988). An Ericksonian phenomenological approach to therapeutic inductions and symptom utilization. W: J. Zeig, S. Lankton (red.), Developing Ericksonian therapy: State of the art (s. 353-375). New York: Brunner/Mazel.
147

Глава 20

ГИПНОЗ В ЛЕЧЕНИИ ЧАСТО ВОЗНИКАЮЩИХ РАССТРОЙСТВ

В клинической практике встречается большое разнообразие проблем, как относительно редких, так и довольно обычных. В этой главе находятся короткие описания наиболее часто встречающихся клинических случаев, а также некоторые болезни, ассоциируемые обычно с гипнотическим способом лечения. Дискутируется вопрос, как можно применять гипноз, непосредственно и косвенно, в борьбе с этими болезнями.

НАРУШЕНИЯ В НАСТРОЕНИИ И ЭМОЦИЯХ
(СТРАХ, СТРЕСС, ФОБИЯ, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ)

Гипноз, как инструмент, осуществляющий контроль может помочь формировать способность релаксации и самоконтроля. Я считаю, что обучение клиентов самогипнозу (самостоятельной гипнотической индукции) и его применению в любой момент, будет необходимой стороной применения гипноза в клиническом контексте. Сознание того, что вы способны глубоко расслабиться, провести реорганизацию своих мыслей, чувств и поведения, может сильно помочь в борьбе со стрессом и беспокойством. В конце концов, стресс часто возникает из интерпретации событий, а не от самих событий. Гипноз облегчает в таких случаях изменение перспективы, вследствие чего изменяет реакцию (Bandler, 1985; Brown, Fromm, 1987; Crawford, Barabasz, 1993;

Habeck, Sheikh, 1984; Spiegel, 1993a, Yapko, 1989).

ДЕПРЕССИЯ

Депрессия — очень сложная многосторонняя проблема, которую время от времени, в различной степени сложности, испыты-

148

вают практически все. Если человек погружен в депрессию, гипнотические методы могут быть успешными при разрешении дилемм человеческих отношений, когнитивных нарушений, ошибочной оценки и других форм поведения, вызывающих депрессию.

Гипноз можно применять поверхностно, чтобы сгладить страх, прервать негативные размышления, увеличить реактивность к раздражителям, ввести позитивные надежды. Более глубокий подход облегчает выход из жестких образцов мышления или интерпретации событий, поддерживая также реструктуризацию значений, связанных с опытом, источник которых — система ошибочных убеждений, и облегчая построение позитивных основ, для реакций на то, что может произойти в жизни (Burrows, 1980; Havens, Walters, 1989; Havens, 1986; Miller, 1984; Torem, 1992; Yapko, 1988, 1989, 1992a, 1992b).

МНОЖЕСТВЕННАЯ ЛИЧНОСТЬ

В последнее время признали (это описано в медицинской литературе), что множественная личность, ранее считавшаяся необыкновенно редким нарушением, проявляется значительно чаще чем полагали многие терапевты. Это весьма спорный диагноз, поскольку несмотря на включение его в четвертое издание Diagnostic and Statistical Manual (DSM-4 —Руководство по Статистике и Диагностике), вопрос о том, может ли явная диссоциация, в таких случаях быть результатом применения клинических методов, все еще остается без ответа.

Существует повсеместное убеждение, что множественная личность берет свое начало в серьезных травмах детства (например, сексуальное или физическое злоупотребление), и что диссоциативные реакции (фрагментация) играют роль защитных механизмов. Доказано, что люди, страдающие расщеплением личности отличаются высокой гипнотической податливостью и склонностями к фантазии (Frankel, 1990; Frischholz, 1985; Lynn, Rhue, Green, 1988)

Гипноз применяется в этих случаях для того чтобы изучить область и степень диссоциации клиента, реструктуризировать травму "переработать" травматические воспоминания и облегчить

149

интеграцию (Bliss, 1986; Braun, 1986; Horevitz, 1993; Kluft, Fine, 1993; Putnam, 1989; Ross, 1989).

БОЛЬ, БОЛЕЗНЬ, ОЗДОРОВЛЕНИЕ

Фрагменты, относящиеся к анальгезии и анестезии позволили осознать читателям факт того, что гипноз можно применять для уменьшения или исключения боли и страданий. Все еще существует ошибочная концепция, гласящая, что если можно с помощью гипноза изменить ощущения боли, то это значит она не была "настоящей", а "психологической" (то есть психогенной). В реальности гипнозом можно пользоваться как единственным или основным "средством анестезии" даже во время серьезных операций, в случаях когда без сомнения имеет место повреждение ткани и боль вызвана физическими факторами. Остается секретом, каким образом индукция и применение, каких бы то ни было методик борьбы с болью, дают возможность хирургического вмешательства без применения анестетических средств (попытка объяснить это — предмет многих исследовательских работ). Это явление, хотя и поражает, не вызывает однако сомнений.

Острый или хронический тип боли, а также ее происхождение из известного (органическая болезнь или ранения) или неизвестного (например, психологические факторы) источника, не влияют на успешность гипноза в уменьшении боли и страданий (Brown, Fromm, 1987; Chaves, 1993; Erickson, 1959, 1966; Hammond, 1990; Hilgard, Hilgard, 1994; Spanos, Chaves, 1989).

Гипноз с успехом используется в лечении многих медицинских проблем, включая ожоги, рак, астму, аллергию, шум в ушах, повышенное давление и бородавки. Гипноз может повысить качество и скорость процесса выздоровления, помогая обрести чувство самоконтроля (уменьшающее депрессию и страх). Он может также стать практичным плацебо.

"Лечит" ли гипноз рак, СПИД или другие болезни? В свете клинического гипноза это довольно противоречивый вопрос. Существует множество слухов о ремиссии раковых опухолей и случаях излечения с применением гипнотического процесса. Пополняется также число объективных доказательств того, что гипноз способен укрепить естественную защиту организма — нашу иммунную

150

систему (Spiegel, 1993b). Фраза: "Излечи себя сам" обращена к тяжело больным и умирающим.

Практики, действующие согласно этике, понимают, что не в состоянии никому обещать: "Я вылечу ваш рак", но также очевидна для них польза, которую нельзя отрицать, вытекающая из попытки добиться этого. Балансирование между подпиткой потенциально ложных убеждений и верой, в то что выздоровление возможно, будет серьезным вызовом для практикующих лечение тела и сознания (Benjamin, Trubo, 1987; Chopra, 1991; Jevne, Levitan, 1989; Pearsall, 1987; Rossi, 1993; Cheek, 1988; Siegel, 1986; Simonton, Henson, Hampton, 1992).

ПРОБЛЕМЫ В КОНТАКТАХ (ПАРЫ, СЕМЬИ)

Наши партнеры зачастую не владеют соответствующими навыками коммуникации, имея неясно определенные или неверные цели, проявляя низкую самооценку, избегая интимности или вовлеченности. Существуют также иные подобные преграды на пути создания удачного союза.

Гипнотические стратегии можно применять для уточнения целей, увеличения уровня мотивации, для нивелирования различий между партнерами, улучшения коммуникации, решения подсознательных конфликтов, касающихся интимности и вовлеченности. В семейной консультации полезными техниками будут метафорические методики, переписывание симптомов и реструктуризация. В индивидуальной работе с тем у кого есть проблемы в своем союзе, оправдывает себя стратегия изменения жизненной истории, так как благодаря ей клиент может пережить новый опыт, открывая в себе возможности, необходимые для создания здоровых отношений с другим человеком. Помогать клиенту открывать, чего он действительно хочет и что ценит, это хорошее начало при всех клинических проблемах, однако особое значение оно приобретает в семейной консультации (Haley, 1973; Kershaw, 1992; Lankton, Lankton, 1986; Protinsky, 1988; Ritterman, 1983, 1985).

ПРОБЛЕМЫ С САМООЦЕНКОЙ

Когда с помощью гипноза пытаются решать проблемы клиента, связанные с самооценкой, то ему можно помочь, стара-

151

тельно формулируя планы и их реализацию, помогая взять в свои руки контроль над ситуацией. Клиенты зачастую весьма самокритичны. Верная самооценка не исключает голоса "внутреннего критика", а означает, что такой человек не принимает за правду все им сказанное. Не удается ему заглушить и то, что это он главное существо его "я". Верная самооценка позволяет понизить или просто проигнорировать внутреннего критика, давая также возможность сохранить границу между тем кем человек является и тем, что он делает. Во время лечения реструктуризация начинается с утверждения "Это не вы, это способ, которым вы поступаете, пытаясь выполнить действие X". Работа над методом удачного выполнения фактора X, поднимает самооценку.

Внимание клиента можно пытаться абсорбировать метафорой, знакомящей его с опытом другого человека, объясняя ему, как герой рассказа, испытавший подобные или такие же структурные проблемы, справился с ними и какие это имело последствия. С помощью терапевтической метафоры клиент может усвоить знание, которое может сильнее повлиять на него нежели банальная мораль. Рассказы необходимо подстраивать к ситуации данного человека, его чувствам, опыту и неосознанной динамике поведения, в такой степени в какой это нужно терапевту. Когда, благодаря этому произойдет идентификация, терапевтическая метафора будет развиваться далее, предоставляя решения, побуждая действовать и подавая контекстные внушения (Alman, Lambrou, 1992; Hfmmond, 1990; Lankton, Lankton, 1983; McNeal, Frederick, 1993).

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Страдающие сексуальными расстройствами часто находятся в состоянии диссоциации, касающейся сексуального аспекта их жизни. Часто их личность пытается вовлечься в сексуальную активность, в то время как другая часть "я" наблюдает, критикуя поведение. Результатом этого может быть деконцентрация, разрушающая сексуальную сферу жизни такого человека. Гипноз в таких случаях можно применить для укрепления процесса внутренней интеграции, так чтобы вся личность очутилась "здесь и сейчас", ощущая впечатления, наслаждаясь своей сексуальной активностью. Интервенция основана на проведении изменений в сен-

152

сорном сознавании, при помощи гипнотического повышения кинестетической чувствительности. Именно в этом состоит техника укрепления чувствительности и концентрации, применяемая в лечении сексуальных расстройств, терапевтами более традиционного подхода.

В случае с сексуальными расстройствами, основной целью гипнотической интервенции будет обуздание страха, связанного с сексуальным поведением. Беспокойство приводит к неудачным действиям, какие усиливают тревогу, повышая вероятность неудачных действий, что ведет к

порочному кругу. Применение расслабления, приносимого гипнозом, станет хорошим примером обретения свободы во время сексуальной активности и значительно повлияет на чувство удовлетворения. Обучение самогипнозу, помогающему больным бороться со страхом, поможет им расслабиться в любой ситуации, когда они этого пожелают.

Реструктуризировав занятия сексом как естественные, полезные действия, мы получим еще одну иллюстрацию применения гипнотических паттернов в терапии такого типа. Парадоксальный приказ: "На этой неделе, избегайте секса любой ценой", может спровоцировать у клиента обратную реакцию. Достойной рекомендации, будет также стратегия изменения жизненной истории, так, чтобы выработать у клиента позитивное отношение к сексу. Еще одно потенциальное применение гипноза — прогрессия возраста, благодаря чему больной увидит себя сексуально активным и довольным. Гипноз и сексуальная терапия — обычно несложные для интеграции методы лечения сексуальных проблем (Araoz, 1982, 1984; Crasilneck, 1982, 1990; Erickson, 1973; Hammond, 1990; Zeig, 1980).

ЗАВИСИМОСТЬ (ТАБАКОКУРЕНИЕ, ПЕРЕЕДАНИЕ, ЛЕКАРСТВА)

Гипноз можно применить для того чтобы построить у клиента осознание собственного тела, чувства собственной ценности и независимости. Это позволит человеку справиться с любой ситуацией. Благодаря гипнозу терапевт может заменить уступчивость зависимости в весьма отрицательный опыт, демонстрируя клиенту кроющуюся за этим депрессию, так распространенную у людей с

подобными пристрастиями, но редко когда диагностируемую (зачастую зависимость является формой самолечения страха, связанного с депрессией), он может даже заставить клиента испытать позитивные чувства, связанные с данной субстанцией без ее использования.

Решение проблемы зависимости состоит иногда в реинтеграции разделенных элементов и реструктуризации, как значения саморазрушающего поведения, так и последствий, выходящих из системы убеждений клиента (Alman, Lambrou, 1992; Hammond, 1990; Levitt, 1993; Lynn, Neufeld, Rhue, Matorin, 1993; Orman, 1991; Page, Handley, 1993; Spiegel, Spiegel, 1987; Zeig, 1985).

ИТОГ

Обретение знания о том, когда, как и где применять терапевтический опыт, доступный благодаря гипнозу, требует многих лет практики и учебы. Эта глава имела своей целью показать, изучающему клинический гипноз, некоторые из множества способов творческого применения гипноза. Чем глубже будет ваше понимание элементов, составляющих симптом, тем большее уважение приобретет в ваших глазах интегральность, точно выверенной системы называемой "пациент"

ЛИТЕРАТУРА

Alexander, L. (1974). Treatment of impotency and anorgasmia by psychotherapy aided by hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis, 17, 33-43.

Alman, D., Lambrou, P. (1992). Self-hypnosis: The complete manual for health and self-change. New York: Brunner/Mazel.

Araoz, D. (1982). Hypnosis and sex therapy. New York: Brunner/Mazel.

Araoz, D. (1984). Hypnosis in the treatment of sexual dysfunctions. W: W. Wester, A. Smith (red.), Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach (s. 405-420). Philadelphia: Lippincott.

Araoz, D. (1988). Human sexuality, hypnosis, and therapy. W: J. Zeig, S. Lankton (red.). Developing Ericksonian therapy: State of the art (s. 438-445). New York: Brunner/Mazel.

Bandler, R. (1985). Using your brain for a change. C. Andreas, S. Andreas (red.). Moab, UT: Real People Press.

Benjamin, H., Trubo, R. (1987). From victim to victor: The wellness community guide to fighting for recovery for cancer patients and their families. Los Angeles: Tarcher.

Bliss, E. (1986). Multiple personality, allied disorders, and hypnosis. New York: Oxford University Press.

Braun, D. (1986). Treatment of multiple personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Brown, D., Fromm, E. (1987). Hypnosis and behavioral medicine. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Burrows, G. (1980). Affective disorders and hypnosis. W: G. Burrows, L. Dennerstein (red.), Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine (s. 149-170). Amsterdam: Elsevier/North-Holland Biomedical Press.

Chaves, J. (1993). Hypnosis in pain management. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of

clinical hypnosis (s. 511-532). Washington, DC: American Psychological Association.
Chopra, D. (1991). Perfect health: The complete mind/body guide. New York: Random House.
Crasilneck, H. (1982). A follow-up study in the use of hypnotherapy in the treatment of psychogenic impotency. American Journal of Clinical Hypnosis, 25, 52-61.
Crasilneck, H. (1990). Hypnotic techniques for smoking control and psychogenic impotence. American Journal of Clinical Hypnosis, 52,147-153.
Crawford, H., Barabasz, A. (1993). Phobias and intense fears: Facilitating their treatment with hypnosis. W: J. Rhue, 5. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 311-337). Washington, DC: American Psychological Association.
Erickson, M. (1959). Hypnosis in painful terminal illness. American Journal of Clinical Hypnosis, 7,117-121.
Erickson, M. (1966). The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. American Journal of Clinical Hypnosis, 8, 198-209.
Erickson, M. (1973). Psychotherapy achieved by a reversal of the neurotic processes in case of ejaculation praecox. American Journal of Clinical Hypnosis, 15, 219-221.
Frankel, F. (1990). Hypnotizability and dissociation. American Journal of Psychiatry, 147, 823-829.
Frischolz, E. (1985). The relationship among dissociation, hypnosis, and child abuse in the development of multiple personality disorder. W: R. Kluft (red.), Childhood antecedents of multiple personality disorder (s. 100-126). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Habeck, B., Sheikh, A. (1984). Imagery and the treatment of phobic disorders. W: A. Sheikh (red.), Imagination and healing (s. 171-196). Farmingdale, NY: B ay wood.
Haley, J. (1973). Uncommon therapy. New York: Norton.
Hammond, D. (red.). (1990). Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York: Norton.
155
Havens, R (1986) Posthypnotic predetermination of therapeutic progress American Journal of Clinical Hypnosis, 28, 258-262
Havens, R , Walters, C (1989) Hypnotherapy scripts A neo-Ericsonian approach to pel suasive healing New York Brunner/Mazel
Hilgard, E , Hilgard, J (1994) Hypnosis in the relief of pain New York Brunner/Mazel
Horevitz, R (1993) Hypnosis in the treatment of multiple personality disorder W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook ofclinical hypnosis (s 395-424) Washington, DC American Psychological Association
Jevne, R , Levitan, A (1989) No time for nonsense Self-help for the seriously ill San Diego, CA Lura Media
Kershaw, C (1992) The couples hypnotic dance New York Brunner/Mazel
Klutt, R (red) (1985) Childhood antecedents of multiple personality Washington, DC American Psychiatric Press
Kluft, R , Fine, C (red) (1993) Clinical perspectives'on multiple personalia disoider Washington, DC American Psychiatric Press
Lankton, S , Lankton, C (1983) The answer within A clinical framework ofEncksoman hypnotherapy New York Brunner/Mazel
Lankton, S , Lankton, C (1986) Enchantment and intervention in family therapy New York Brunner/Mazel
Levitt, E (1993) Hypnosis in the treatment of obesity W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis (s 533-553) Washington, DC American Psychological Association
Lynn, S , Neufeld, V , Rhue, J , Matonn, A (1993) Hypnosis and smoking cessation A cognitive-behavioral treatment W J Rhue, S Lynn, I Kirsch (red), Handbook ofclinical hypnosis (s 555-585) Washington, DC American Psychological Association
Lynn, S , Rhue, J , Green, J (1988) Multiple personality and fantasy proneness Is there an association or dissociation7 British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, J, 138-142
McNeal, S , Frederick, C (1993) Inner strength and other techniques for ego strengthening American Journal of Clinical Hypnosis, 55,170-178
Miller, H (1984) Depression - a specific cognitive pattern W W Wester, A Smith (red), Clinical hypnosis A multidisciphnary approach (s 421-457) Philadelphia Lippincott
Orman, D (1991) Refraining of an addiction via hypnotherapy A case presentation American Journal of Clinical Hypnosis, 33, 263-271
Page, R , Handley, G (1993) The use of hypnosis in cocaine addiction American Journal of Clinical Hypnosis, 36,120-123

Pearsall, P (1987) Superimmunology Master your emotions and improve your health New York McGraw-Hill
Protinsky, H (1988) Hypnotic strategies in strategic marital therapy Journal of Strategic and Systemic Therapies, 7, 29-34
Putnam, F (1989) Diagnosis and treatment of multiple personal disorder New York Guiltord

RiHerman, M (1983) Using hypnosis in family therapy San Francisco Jossey-Bass
Ritterman, M (1985) Family context symptom induction and therapeutic countennduc-tion Breaking the spell of a dysfunctional rapport W J Zeig (red), Ericksonian psychotherapy, t 2 Clinical applications New York Brunner/Mazel
Ross, C (1989) Multiple personality disorder Diagnosis, clinical fea tures and treatment New York John Wiley & Sons
Rossi, E (1993) The psychobiology of mind-body healing New York Norton
Siegel, B (1986) Love, medicine and miracles New York Harper & Row
Simonton, O , Henson, R , Hampton, F (1992) The healing journey New York Bantam
Spanos, N , Chaves, J (1989) Hypnotic analgesia, surgery and reports of nonvohtional pain British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, 6,131-139
Spiegel, D (1993a) Hypnosis in the treatment of post-traumatic stress disorders W J Rhue, S Lynn, 1 Kirsch (red), Handbook of clinical hypnosis (s 493-508) Washington, DC American Psychological Association
Spiegel, D (1993b) Living beyond limits New York Times Books
Spiegel, H , Spiegel, D (1987) Trance and treatment Clinical uses of hypnosis Washington, DC American Psychiatric Press
Torem, M (1992) „Back from the future" A powerful age-progression technique Amencan Journal of Clinical Hypnosis, 35, 81-88
Yapko, M (1988) When living hurts Directives for treating depression New York Brunner/Mazel
Yapko, M (red) (1989) Brief therapy approaches to treating anxiety and depression New York Brunner/Mazel
Yapko, M (1992a) Free yourself from depression Emmaus, PA Rodale Press
Yapko, M (1992b) Hypnosis and the treatment of depressions New York Brunner/Mazel
Zeig, J (red) (1980) A teaching seminar with Milton H Enckson, M D New York Brunner/Mazel
Zeig, J (1985) Ericksonian approaches to promote abstinence from cigarette smoking W J Zeig (red), Ericksonian psychotherapy, t 1, Structures (s 255-269) New York Brunner/Mazel

Глава 21

ЗАПИСЬ СЕССИИ: ОБОЗНАЧЕНИЕ ГРАНИЦ

Описанный в данной главе гипнотический процесс иллюстрирует вопросы, связанные с необходимостью определения границ личности и сознательного их сохранения. Способность ясно определить свои границы — основной элемент опыта каждого человека. Говоря о границах, я имею в виду способность отделять собственный опыт от чужого опыта, а также умение раскладывать глобальный опыт на составные части. Сознание того, что отличает друг от друга отдельные элементы опыта, позволяет избирательно концентрироваться в избранной области опыта, давая также возможность сознательно исключить анализ определенной области опыта и минимализировать его влияние.

Схемой мышления, лежащей в основе многих проблем является тенденция к так называемому глобальному мышлению. Человек, мыслящий глобально видит лес, но не замечает деревья — видит широкую картину, не замечая отдельных элементов, ее составляющих. В результате, такой человек с трудом раскладывает свой опыт на составные части, чтобы проанализировать каждую отдельно. Именно поэтому некоторые чувствуют угнетение. Они видят все свои жизненные проблемы, как если бы они проявлялись одновременно, что для кого угодно будет непосильным грузом. В таких случаях целью лечения будет обучение клиента навыку идентифицировать отдельные проблемы, определять приоритеты и последовательность, в какой эти проблемы должны быть решены. Следующим шагом должно стать указание конкретных методов решения каждой из них.

Умение успешного разделения элементов опыта, требует наличия определенной когнитивной способности, называемой "упорядочивание". Эта способность полезна со многих точек зрения. Ее наличие позволяет, например по отношению к самому себе, отделить мысли от чувств, намерения

от действий или профессиональную жизнь от личной. Когда определенные границы будут ус-
158
тановлены для каждой части личности, можно будет верно оценить, какая часть "я" лучше всего справится с данной ситуацией. У источника наших проблем часто лежит чрезмерная вовлеченность в некий элемент опыта, в данной ситуации работающий нам во вред. Например, человек, собирающийся сесть в самолет, начиная представлять себе ужасные детали авиакатастроф, не вызывает полезные в данный момент образы. Возникновение такого типа представлений не является серьезной проблемой. Большинство людей, до определенной степени, учитывает негативные возможности, хотя бы потому, что перед стартом им приходится выслушивать инструкции поведения на случай аварии. Различие состоит в степени концентрации на таких образах и укреплении их в своем сознании. Рассмотрим другой пример: что происходит если кто-то нас привлекает, но мы знаем что этот человек нам не подходит? Или мы хотим купить дорогую вещь, которая нам не по карману? Что происходит, когда сердце твердит "хочу", но одновременно на логическом интелектуальном уровне мы понимаем, что с этим связан слишком большой риск и нам надо как-то от этого отказаться? Упорядочивание и сохранение четких границ позволяют отделить чувства от мыслей и поступков и таким образом поступить более правильно и практично, сделать то, что с перспективы времени даст нам ощущение правильно сделанного выбора. Это доказывает, что упорядочивание связано с ориентацией на будущее и конкретно с предвидением того, что является основой навыка, называемого "контролирование импульсов".

Границы играют существенную роль в определении отношения к самому себе, так же как и в упорядочивании контактов с другими. Утверждение о том, что опыт другого человека не ваш опыт, может показаться очевидным. Однако как часто нам приходится реагировать на других, как если бы мы себя с ними отождествляли или имели общую часть. Мы должны уметь четко отделить то что является вами от того, что чужое. Предположим, я говорю кому-то: "Считаю, что ты слишком агресивен". Означает ли это, что данный человек действительно слишком агрессивен? Почему я так говорю о нем? Наверняка этот человек должен хоть на мгновение задуматься над сказанным мной: "Может я действительно слишком агрессивен". Ему также придется проанализировать границу между собой и мной. Он должен уметь задать себе вопросы, такие как: "Почему он говорит, что я слишком агрессивен? Есть ли
159
в его опыте, что-то, независящее от меня и заставляющее его говорить это?". Посредством постановки такого вопроса, человек начинает проводить различия между собой и своим опытом, и мной и моим опытом. С одной стороны ему предстоит задуматься, действительно ли он ведет себя агрессивно, с другой учесть что я могу быть слабаком, над которым легко доминировать и поэтому его поведение признают агрессивным.

Теперь рассмотрим различия между этими двумя интерпретациями. В первом случае мой оппонент описывает себя как слишком агрессивного, без критики принимая мое мнение. Во втором он понимает, что мое утверждение в равной мере говорит о нем, как и обо мне и моих чувствах, хотя я утверждаю что оно относится исключительно к нему. Смысл в том, чтобы с помощью фактов он смог выбрать одну из этих интерпретаций, не принимая бездумно, сказанного мной.

Границы разделяют и определяют контакты союза. Это означает, что роли, какие мы играем, в данный момент помогают нам лучше определить, что между нами возможно, а что нет. Я могу помочь человеку, как клинический терапевт, но должен ли я становиться ему другом, если я хочу стать его терапевтом? Нет! Существует ясная граница, между этими различными ролями и если я чей-то психолог, то не могу быть ему другом, поскольку эти очень тесные профессиональные отношения должны быть ясными. Лишь это позволит сохранить объективность, не вдаваться в эмоции и личную вовлеченность, свойственную дружбе. Другой пример может касаться роли родителей. Хотим ли мы быть родителями своему ребенку или его друзьями? Есть явное различие между этими двумя ролями и нельзя успешно исполнять обе сразу.

Представленный здесь не интерактивный процесс гипноза имеет целью помочь клиенту четко определить границы и в дальнейшем их защищать. Другими словами, мы устанавливаем ограничения и потом придерживаемся их. Конечно необходимо сознавать, что другие будут без устали давить на наши границы, стараясь их разрушить. Люди всегда будут стремиться получить наше время, наши деньги, наши тела, наши знания, нашу поддержку, то что нам принадлежит... У вас большие шансы встретить начальника, желающего вступить с вами в личный контакт, учителя желающего заменить ваших родителей, родителей желающих быть вам друзьями. Границы других

так слабы, что люди будут пытаться
160
разрушить разделяющие их барьеры. Люди используют друг друга для своей выгоды. Если обе стороны получают пользу, то ситуация полезна. Когда же кто-то использует вас, вредя вам, о здоровой ситуации не может быть речи. Поэтому важной дополнительной целью этого процесса, будет наука распознавания попыток манипуляции и тактик манипулирования, таких как: чувство вины, подхалимство, злость и запугивание, или уход в сторону и демонстрация равнодушия. Конечно существует множество тактик, цель которых заставить другого человека уступить перед натиском манипулятора, отказываясь от своих границ. Лишь мы сами можем защитить себя от манипуляции, но только в том случае, когда наши границы будут четко определены.
Представленный в этой главе гипнотический процесс должен помочь читателю определить, кем он является. Второй целью будет познание им природы отдельных частей "я", так чтобы он мог это успешно применить. Каждый элемент нашей личности ценен. Иногда можно идти за голосом сердца, в другом случае лучше прислушаться к голосу разума; иногда можно реагировать импульсивно, иногда же мы должны уметь подчинить свои желания разуму. Нет рецепта счастливой жизни и хорошего самочувствия — мы можем лишь оценить, что в данной ситуации нам более полезно.
А теперь начнем... Вы можете принять удобное положение и приготовиться воспринимать... опыт, который вы наверняка уже знаете... позвольте себе удовольствие расслабиться... позвольте занять себя идеями... различными способами ощущений... постепенно вы заметите... что понимаете... что внутри... а что определяет вас как вас... и что снаружи... что присходит там в мире... частью которого вы являетесь... и, что удивительно, от которого вы всегда отделены... и так, вначале этого опыта... по мере того как вы позволяете глазам закрыться... а внимание обращаете вовнутрь... вы начинаете видеть множество различных элементов опыта... на которых можете сконцентрировать внимание... Одна из частей вашего "я"... представляет различные мысли, проплывающие сквозь ваше сознание... Все о чем вы думаете и все, что возникает перед вами, в ответ на то что я описываю... а также на ваши собственные мысли... когда одна мысль ведет за собой другую, вызывая следующую... когда
161
ваше сознание перескакивает от мысли к мысли... с места на место... Все это психический опыт... сознательный опыт... необыкновенно важная часть вашей личности... Есть и другая часть вашего "я", какую необходимо познать... а именно физический аспект такого опыта... ощущения, воспринимаемые телом... когда вы удобно отдыхаете в кресле... Какая часть вашего тела расслабляется вначале... В какой момент вы замечаете, что ваше дыхание замедляется?... замедляется ритм сердца?... Какая часть тела начинает казаться самой далекой?... а какая самой близкой?... Есть так много аспектов физического опыта... Еще одна ценная часть вашего "я"... это бодрствующая часть... о какой я хочу поговорить... из любопытства, чему вы сможете научиться... и что применить... прежде всего для своего удовлетворения...
Ощущение удобства... то что вы на своем месте... радость... спокойных минут, таких как эта... без необходимости думать, анализировать... время, когда можно попросту быть... Приятное ощущение... гордость от того что вы знаете... чувство уверенности, какому вы можете научиться... расслабления, от того что не нужно говорить и делать что-либо... Сколько еще элементов вашего "я" там скрыто?... Они оптимистичны и пессимистичны... любят работать... и развлекаться... такие, что забегают мыслями вперед... и такие, что рассуждают о прошлом... любящие быть с другими... и в одиночестве... думающие, ощущающие... Так много, что я мог бы назвать их сотни... и теперь вы начинаете понимать... что каждый элемент вашего опыта обладает чудесным потенциалом... будучи ценным... в некий период... и в неком месте...
Сознание того, что вы можете углубиться... и потонуть в одном из элементов собственного опыта... это ценный навык... как прожектор вашего внимания... освещает конкретную часть "я"... в определенной ситуации... позволяя вам справляться с проблемами... Вы также учитесь тому, как легко отсутствие гармонии между элементами и ситуацией... может вызвать конфликт... Вы, к примеру знаете, что попав на прием, нужным вам будет умение обратиться к своему "я"... и добыть оттуда социальную часть вашей
162
личности... ту которая любит людей, и находит удовольствие в пребывании с ними... какая любит смеяться и шутить... слушать чужое мнение... и делиться опытом с другими...
Все эти элементы могут заставить вас испытать радость от приема... но чтсгбы случилось... если

бы кому-то пришлось идти на встречу, а он был бы поглощен внутренним опытом... например, плохим настроением... успешно изолирующим его... от окружающих?... и теперь вы понимаете... что есть мгновенья, предназначенные для внутренней концентрации... и подходящие моменты для решения внешних проблем... внутренняя концентрация на приеме совершенно не к месту... Позже появятся неприятные чувства... негативные... в оценке самого себя... по пути домой... с приема... возникнет вопрос... "Почему я не смог влиться в общее настроение?"... В каждом из нас есть стены... какие вы можете строить и разрушать... в моменты понимания... Стены... разделяющие элементы вашего опыта... как если бы они находились в отдельных комнатах... Без труда, вы представите себе... как идете по длинному коридору... с обилием дверей с каждой стороны... Открывая любую из них вы будете входить в свои мысли... когда откроете одну, столкнетесь со своими чувствами... другую... попадете к своим слабостям... следующую — к сильным сторонам... Какое невероятное чувство контроля и личной силы вы ощущаете, когда знаете и цените все эти элементы своего "я"... и можете двигаться... среди них... а разве способность пользоваться опытом других не будет ценной?... Я недавно работал с мужчиной... этот человек описал свою жизнь с женщиной, которую очень любит... Но как-то он заметил... как часто по утрам... прежде чем выйти на работу... и идти весь день своими путями... они втягиваются в мелкие споры... например, кто по дороге домой зайдет за молоком... или кто принесет газету... говоря друг другу вещи не совсем приятные и полные любви... Споры так выводят его, что он иногда не может пойти на работу... Он так расстроен... ссорой... а его подруга все же идет на работу...
163
Насколько важно, научиться... разделять личную жизнь... от работы... личные чувства... от способности функционировать... на работе... и в жизни... Ему нужно научиться, отделять гнев и раздражение... от того, что он говорит своей подруге... чтобы справиться с различиями между ними... несмотря на то... значительны ли они... или малы... сохраняя взаимное уважение... Чувство раздражения можно отделить... от оскорблений...
Есть стена... отделяющая ваши чувства от действий... гнев от жестокости... чувства желания или восхищения от неответственного поведения... и сейчас вы учитесь... отделению различных элементов своего опыта... Вы можете отделить даже свой обыденный опыт от того который испытываете во время гипноза... и умеете отделить все те дела, которые вы должны решить сегодня, позже... от опыта, какой вы переживаете прямо сейчас... чувство расслабления... внимания...
Вы ведь знаете... что у каждой страны есть свои границы... Есть линия... отделяющая соединенные Штаты от Канады... и Мексики... Есть границы, отделяющие ваш родной штат... от соседнего... и город, где вы живете... от другого города... Соединенные Штаты даже имеют пограничный патруль... задача которого охрана интегральное™ наших границ... чтобы сохранить то, что нужно сохранить... и держать подальше то, что должно оставаться вдали... и наша национальная обязанность сохранить обороноспособность границ... чтобы мы могли определить себя... кто мы... Каждая страна имеет свои границы... и свой способ, определяющий ее культуру... язык, обычаи...
Вам также хорошо известно... что часто одна группа людей нападает на другую... переходя границу, пытается навязать свою волю и способ жизни... На уровне личности происходит то же самое... Вы явно начинаете замечать людей, желающих получить от вас... то что им нужно... Дело в вас... и ваших границах... и способности защищать их... Граница охраняет вас перед вовлеченностью в чужие планы... Умение без труда противостоять... их тактике, навязывающей вам чувство вины или запугиванию... или любой другой, чтобы защитить себя... умело... осторожно... и с силой... и
164
так вы учитесь... быстрее, чем в состоянии сознательно заметить... тому, что каждая часть вашего "я" имеет ценность... в определенном времени и месте... Ответственна ли эта часть за злость... или же за развлечение... любовь... или критику... Каждая служит важным целям... если верно их использовать...
А теперь вы обретаете знание того, что можете обладать навыками... сознательно использовать любую часть самого себя... Когда вам, что-то не совсем удалось, вы можете найти сочувствующую часть личности... и погрузиться в нее., а когда ощутите напряжение отправьтесь к той своей части, которая знает как расслабиться... и когда вы будете самокритичны, разыщите часть, какая сможет быть терпеливой... и понимающей... и вы найдете в ней успокоение... Ваш опыт принадлежит только вам... и никому иному... Когда вы это поймете., то поймете так же, что несмотря на то как сильно вас кто-нибудь любит, когда вы сломали ногу... вам самому придется носить гипс... никто

не нацепит его за вас...
Всегда... существует граница, отделяющая вас от окружающих... и как здорово, что жизнь именно такова... и вы можете быть собой... можете привести к полноте все элементы своей личности... Знать, когда их применить и как... способом, какой вы считаете правильным... Поэтому на-слаждайтесь чувством релаксации... не спешите претворять этот опыт... интегрировать новые знания... упорядочивать известную информацию... и успешно применять свой опыт... а когда будете готовы... то можете привести этот опыт к спокойному завершению... постепенно проводя рео-риентацию, когда наступит, соответствующее время... и после полностью изменяя точку концентрации внимания и в подходящий момент откроете глаза...
165
Глава 22
ПАМЯТЬ, ПОДАТЛИВОСТЬ
ВНУШЕНИЮ И СПОР О ВЫТЕСНЕННЫХ ВОСПОМИНАНИЯХ
Рассмотрим случай женщины, которая хочет пройти курс психотерапии, поскольку ее мучают ночные кошмары, у нее проблемы с питанием и в отношениях с людьми, в особенности с мужчинами. Она утверждает, что не имеет понятия о причинах этого, но психотерапевт внушает ей непосредственным образом, что симптомы указывают на то, что она "жертва сексуального злоупотребления и вытеснила воспоминания об этих событиях". Клиентка однако ничего не помнит об этом.
Благодаря гипнозу и гипнотическим техникам регрессии возраста (визуализации и контролируемому воображению), клиентка вскоре обретает воспоминания раннего детства и сексуального злоупотребления. Действительно ли это имело место? Могла ли больная неосознанно создать воспоминания, чтобы оправдать ожидания терапевта? Можно ли заставить человека поверить в факт сексуального злоупотребления, которого не было?
Эти трудные вопросы лежат в основе спора, пробуждающего в современной психотерапии вероятно самые сильные эмоции. Часть терапевтов и исследователей считают, что вытесненные из памяти травмы сексуальных злоупотреблений, могут и должны быть идентифицированы на основе списков характерных симптомов (Blume, 1990; Fredrickson, 1992) Кроме того они считают, что терапия должна состоять из двух этапов: снятие покрова забвения, при применении техник обретения воспоминаний и дальнейшей работы с полученным материалом, чтобы помочь клиенту придти к решениям, свободным от предыдущих симптомов. Их также беспокоит возможность того, что сексуальные преступники могут избежать наказания за свои поступки, если обвинения о сексуальном насилии будет отброшено, как продукт фальшивых воспоминаний. И наконец, они считают, что воспоминания, полученные благодаря психотерапии, в принципе соответствуют
166
реальности и именно так и должны восприниматься, для достижения успеха терапии.
С другой стороны существуют терапевты и исследователи, скептически подходящие к утверждениям о том, что на основании набора симптомов, какие можно интерпретировать различным образом, можно поставить диагноз о вытеснении воспоминаний пережитой травмы (Ganaway, 1991; Loftus, 1993). Ведь вытеснение нельзя изучить непосредственно, можно лишь предполагать его существование (Вы же не спросите клиента: "Вы случайно не вытеснили воспоминания о сексуальном злоупотреблении?" Если клиенту все известно об этом, то воспоминания не вытеснены). Такие исследователи и терапевты верят, что принимая гипотезу о сексуальном насилии над клиентом и вытеснения им воспоминаний травмы, психотерапевт может ненамеренно или сознательно повлиять на данного человека, приводя к тому, что тот сделает определенный вывод, несмотря на реальные события. Они озабочены тем, что невинные люди могут стать жертвами несправедливых обвинений, которые могут разрушить им жизни. Они считают, что на людей можно повлиять, особенно в ситуациях, требующих тонкого подхода, таких как психотерапия, заставив их поверить во вредящие им вещи, не подтвержденные фактами.
Ведутся интенсивные исследования, имеющие целью установить в какой степени память подвержена внушению. В своих исследованиях Лоренс и Перри (1983), Орни (1979), Шихан, Статхем и Дже-мисон (1991), Линн, Милано и Викес (1992) а также Лофтас (1993) поддержали тезис о том, что память опирается на реконструкции, а не на репродукции. Таким образом, определенные факторы, включая внушение и дезинформацию, могут влиять на точность воспоминаний (Bower, 1981; Labelle, Laurence, Nadon, Perry, 1990; Loftus, 1980; Lynn, Weekes, Milano, 1989; Sheehen, Grigg, 1985).
Еще один фактор, вытеснение, сильно осложняет всю картину, так как его воздействие на

точность воспоминаний не было хорошо изучено (Loftus, Yapko, 1995). Прежде всего, не известно, как и в какой степени, если это вообще происходит, вытеснение влияет на точность давних воспоминаний. Нельзя также решить, в какой степени процедуры внушения (гипнотического), применяемые терапевтами для выявления вытесненных воспоминаний, могут их фальсифицировать (Dywan, Bowers, 1983; Kihlstrom, Evans, 1979; Laurence, Nadon, Nogrady, Perry, 1986; Loftus, Hoffman, 1989; Watkins, 1989).
167
Если терапевт, подозревает что имеет дело со лучаем сексуального злоупотребления, начиная интенсивно искать эти вытесненные воспоминания, его воззрения на природу памяти и сознание (или отсутствие сознания), что играет роль потенциального средства внушения, непосредственно влияют на ход "поисково-спасательной" миссии. Некто убежденный в том, что человеческая память в состоянии сохранять слова и опыт с ранних моментов жизни, будет пользоваться иными техниками, нежели тот, кто не разделяет таких убеждений (Yapko, 1990).
К сожалению, многие психотерапевты верят в память предыдущих жизней, возможность точно воссоздать воспоминания грудного возраста и в безошибочность гипноза, как инструмента, служащего точному воссозданию воспоминаний (Yapko, 1994a). Многие необоснованно поддерживают убеждение о том, что воспоминание всего пережитого опыта должны где-то существовать, в той или иной форме и необходимо лишь найти подходящий "ключ", чтобы их "отблокировать". Фальшивые воспоминания, часто драматичные, с обилием деталей, могут быть признаны правдивыми, лишь благодаря убеждением терапевта (Scheflin, Shapiro, 1989).
Как отличить правдивые воспоминания от вымышленных, без доказательств, таких как фотографии или видеозапись? Ответ на этот ключевой вопрос не придает оптимизма: сегодня нет уверенного метода, позволяющего это определить. Такое убеждение разделяют многие эксперты, по обеим сторонам спора (Yapko, 1994a, 1994b).
Психиатрии все еще не много известно о вытеснении травматических воспоминаний. Некоторые, даже сомневаются в их существовании (Holmes, 1990). Существуют ли вытесненные воспоминания? Факты указывают на то, что они есть. Однако в действительности терапевту неизвестно, насколько распространенным является вытеснение воспоминаний сексуального злоупотребления в детстве. Нам не известно, насколько верны воспоминания двадцати или тридцатилетней давности, которые драматическим образом влияют на поверхность сознания, в результате прослушанного доклада, прочитанной книги или терапевтических сессий. Мы не знаем, всегда ли существуют вытесненные воспоминания там, где проявляются характерные симптомы, ожидая, чтобы их опознали как источник проблем клиента, или может эти самые наборы симптомов могут проявляться независимо от негативного опыта, подлежащего вытеснению. Мы даже не знаем, с какого возраста возможно вытеснение воспоминаний. Нам неизвестно,
168
может ли травма, в случае конкретного клиента, сделать воспоминания более или менее точными. Неизвестно какие техники воссоздания вытесненных воспоминаний могут существенным образом изменить их содержание самим фактом использования. Мы не знаем, почему у некоторых людей происходит вытеснение определенных типов травм, а у других нет. Мы не знаем, почему в случае некоторых людей, картины реальных травм никогда не возвращаются в сознание, в то время как другим в конце концов, удается их получить. Каждый из этих вопросов представляет область, требующую основательного изучения.

СЛОЖНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Клинические исследования таких вопросов весьма сложны. Далее в главе содержатся определенные мнения, на тему этого деликатного вопроса. Приведенный здесь текст является фрагментом статьи, написанной мной для специального издания "The Family Therapy Networker" (Yapko, 1993); он перепечатывается с согласия редактора.
Каким образом терапевт должен двигаться по скользкому льду, между очевидной ложью и явной реальностью, из которых состоит значительная часть современной терапии? Представим, что клиент приходит к нам со словами: "Во время гипноза (визуальной терапии, контролируемой медитации) терапевт открыл у меня подавленные воспоминания, указывающие, что в детстве я был сексуально использован". Представим также, что хотя клиент перед постановкой диагноза не подозревал, о сексуальном злоупотреблении, он верит в это предположение. Как терапевт должен действовать в интересах клиента и занять открытую позицию по отношению к потенциальному случаю сексуального злоупотребления, избегая препарирования упрощенного диагноза, который возможно содержит больше доказательств внушения, чем терапевтических наблюдений и фактов?

(Sheehan, McConkey, 1993; Yapko, 1993).
Прежде всего он не должен слишком поспешно утверждать о факте сексуального злоупотребления, лишь потому что это возможно. Симптомы это не доказательства. Если клиент никогда не упоминал об использовании и не говорил о себе как о жертве сексуального злоупотребления, то терапевт не должен ему этого внушать. Конечно, существуют ситуации в каких терапевт имеет причины допускать, что он встретил жертву злоупотребления и считает, своим долгом проинформировать об этом заинтересованную сторону. В случае встреченного
169
сопротивления, он не должен автоматически приписывать этому проявлению патологического значения, интерпретируя его как "отрицание". Лучше создать атмосферу благоприятствующую принятию клиентом решения, о том нужно изучить данный вопрос или нет.
Терапевт никогда не должен считать, что клиент, который не много помнит о своем детстве, вытеснил воспоминания травмы или это "отрицает". Может тяжело поверить, однако есть люди, живущие субъективной настроенностью на "здесь и сейчас" или ориентированные на будущее, воспоминания детства у которых, весьма слабы, поскольку они не признали их достойными запоминания. Более того, объяснение отсутствия воспоминаний периода грудного возраста и раннего детства травмами, будет отрицанием результатов исследований достижения когнитивной зрелости. Поскольку эти исследования неизменно указывают на то, что воспоминания до второго года жизни сохраняются необычайно редко. Двухлетние дети и более младшие, очевидно не имеют структур сознания, позволяющих создавать стойкие воспоминания. Понятие "мышечной памяти" — удобное но не объективное объяснение, помогающее поддержать веру в память грудных детей.
Во всяком случае, ни один терапевт не должен никогда, непосредственно или косвенно, внушать сексуальное использование вне специфического терапевтического контекста — наверняка не в телефонном разговоре с клиентом, желающим договориться о первой встрече. Также не нужно задавать наводящие вопросы, внушающие желаемый или верный ответ. Потому нельзя спрашивать: "Когда вы были сексуально использованы? Как это произошло?" В контексте гипнотического процесса такие суггестивные вопросы, основанные, на так называемых пресуппозициях, предполагают, что сексуальное злоупотребление имело место и остается лишь выяснить когда и как это произошло. Пресуппозиции или языковые предпосылки, однако применяют в терапии. Вопросы типа: "Как вы будете чувствовать себя когда поймете, что способны создать такой союз, какой хотите?" формируют ожидания позитивных перемен. Языковые предпосылки, касающиеся сексуального злоупотребления, могут однако послужить возникновению, той же патологии, какую терапевт хочет вылечить своим вмешательством.
Пациент наиболее подвержен нежелательному влиянию внушений и наводящих вопросов, когда терапевт начинает говорить о болезненных ситуациях прошлого, особенно детства. На этом этапе терапевт мог бы, к примеру, задать вопрос: "Сколько вам было лет? Где вы находились? Что происходило? Был ли кто-то рядом? Что было
170
сказано во время вашего разговора с тем человеком?" Они необходимы, поскольку служат уточнению опыта клиента. Терапевт должен однако быть внимательным, чтобы мимовольно не перейти к вопросам более наводящим, таким как: "Чувствовали ли вы себя не в своей тарелке, во время разговора? Помните ли вы, чем было вызвано ваше чувство страха или чувство вины?"
Даже если клиент воспроизведет вытесненные воспоминания в ответ на нейтральные вопросы, терапевт должен предполагать возможность существования других, внешних источников воздействия на этого человека. Возможно он читал недавно книги о кровосмешении, находился под влиянием родственников или же был исключительно активен на занятиях группы самопомощи?
Когда терапевт планирует течение сессии, имеющей своей целью раскрыть неприятную информацию, включая воспоминания о сексуальном злоупотреблении, он должен рассмотреть, стоит ли записать сессию на видео или аудио кассетах и даже записать вопросы, которые собирается задавать. Такого типа дополнительный контроль облегчит терапевту уверенность в том, что он ненамеренно не внушил ничего лишнего, провоцируя возникновение фиктивных "воспоминаний" у клиента, настроенного угождать или ориентированного на реализацию целей. Принимая во внимание вред, какой может причинить фальшивое обвинение в сексуальном насилии над детьми, терапевт должен проявить определенное терпение ко всем двусмысленностям, особенно если клиент внезапно выявил подавленные воспоминания — в течении

групповой терапии для жертв сексуального насилия или после чтения литературы по этим вопросам. В такого типа неоднозначных случаях, подтверждения того, что сексуальное насилие действительно имело место, необходимо искать в истории болезни, в данных, которые сохраняет школа, какую в детстве посещал клиент, в разговорах с семьей и друзьями об известных только им ситуациях — чем больше внешних подтверждений мы получим, тем лучше.

Терапевт должен также хорошо подумать, прежде чем рекомендовать клиенту порвать контакт с семьей. Одним из наиболее разрушительных последствий эпидемии сексуального злоупотребления будет распад многих семей из-за обвинений, выдвигаемых сыновьями или дочерьми. Если члены семьи отрицают обвинения, нельзя автоматически принимать, что они врут или вытесняют воспоминания об определенных событиях. Не стоит отбрасывать возможности того, что они говорят правду или испытывают сомнения и неуверенность, поскольку возможно не знают, что в действительности произошло. С полной убежденностью можно сказать,

171

что сомнения — постоянный элемент подобных ситуаций, особенно в случае тех членов семьи, которые не допускали сексуальных злоупотреблений. Им придется задуматься о том, действительно ли это имело место. Если они поверят, то осознают факты, исключительно при помощи информации, полученной ими напрямую. Даже если клиент действительно был сексуально использован, то терапевт поведет себя неответственно, если будет интерпретировать поведение членов семьи и их недоверие, как проявление патологического отрицания и в связи с этим, преждевременно порекомендует клиенту порвать все контакты с родителями и братьями или сестрами. Напрасно разбитые семьи, с целью "оздоровления", слегка напоминают излечение от болезни путем умерщвления пациента.

Терапевт должен также уточнить философию лечения, которую можно описать словами: "если болит — значит действует". Упор на возвращение воспоминаний, несмотря на цену, какую придется за это заплатить клиенту, возникает из убеждения, что все ужасные детали сексуального злоупотребления должны быть возвращены памяти и рассмотрены, чтобы состояние клиента могло улучшиться. Такая теория не всегда себя оправдывает, особенно в случае жертвы сексуального злоупотребления. Длительное ворошение памяти, может иногда даже ухудшить состояние клиента. Такое поведение заставляет его испытывать дополнительные переживания, хотя он не в состоянии справиться даже с теми, что у него есть. Лучшие результаты могут дать техники, рекомендующие концентрировать внутренние силы, нежели те, что концентрируются на работе с памятью, поэтому при планировании лечения, для конкретного клиента, необходимо это учитывать.

Как терапевтам, нам хочется верить своим клиентам, сочувствовать их боли, становясь на их сторону. И потому, когда нам приходиться оценить правдивость высказываний клиента, мы способны легко проигнорировать то, что подсказывает нам чувство критики. Сексуальное использование детей — ужасная вещь, поэтому мы не желаем играть роль человека, который не доверяет людям, пережившим такие страдания. Однако, параллельно этому, нельзя забывать, что есть случаи фальшивых обвинений, необходимо брать во внимание к каким серьезным последствиям приводят такого типа обвинения — как правдивые так и ложные. Поэтому отставьте в сторону собственные терапевтические взгляды и политическую справедливость, попытайтесь посмотреть на это объективно.

Как терапевты, мы считаем себя позитивными героями. Мы принимаем, что действия других могут быть вредящими, но нам трудно понять, что и мы можем, неосознанно причинить вред клиенту. Ес-

172

ли однако в запале борьбы с сексуальным злоупотреблением детей, мы станем отрицать, что обладаем силой негативного воздействия на клиентов и мимовольного создания проблемы, какую собирались лечить, то изменим своему долгу. Поскольку никто — ни реальные жертвы сексуального насилия ни люди, которые продолжают заблуждаться о том, что их использовали, не получат пользу от того, что терапевт халатно подойдет к своей обязанности мыслить критически, отделяя правду от фальши.

ЛИТЕРАТУРА

Blume, E. (1990). Secret survivors. New York: Ballantine.

Bower, G. (1981). Mood and memory. American Psychologist, 36,129-148.

Dywan, J., Bowers, K. (1983). The use of hypnosis to enhance recall. Science, 222, 184-185.

Fredrickson, R. (1992). Repressed memories. New York: Fireside.

Ganaway, G. (1991, sierpien). Alternative hypotheses regarding satanic ritual abuse memories. San Francisco.
Holmes, D. (1990). The evidence of repression: An examination of sixty years of research. W: J. Singer (red.), Repression and dissociation: Implications for personality, theory, psychopathology and health (s. 85-102). Chicago: University of Chicago Press.
Kihlstrom, J., Evans, F. (1979). Memory retrieval processes during post-hypnotic amnesia. W: Kihlstrom, J., Evans, F. (red.), Functional disorders of memory (s. 179-218). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Labelle, L., Laurence, J-R., Nadon, R., Perry, C (1990). Hypnotizability, preference for an imagic cognitive style and memory creation in hypnosis. Journal of Abnormal Psychology, 99, 222-228.
Laurence, J-R., Nadon, R., Nogrady, H., Perry, C (1986). Duality, dissociation, and memory creation in highly hypnotizable subjects. internationalJournal of Clinical and Experimental Hypnosis, 34, 4, 295-310.
Laurence, J-R, Perry, C. (1983). Hypnotically created memory among highly hypnotizable subjects. Science, 222, 523-524.
Loftus, E. (1980). Memory. Reading, MA: Addison-Wesley.
Loftus, E. (1993). The reality of repressed memories. American Psychologist, 48, 5, 518-537.
Loftus, E., HofFman, H. (1989). Misinformation and memory: The creation of new memories. Journal of Experimental Psychology: General, 118, 100-104.
Loftus, E., Yapko, M. (1995). Psychotherapy and the recovery of repressed memories. W: T. Ney (red.), Handbook of allegations of child sexual abuse. New York: Brun-ner/Mazel.
Lynn, S., Milano, M., Weeks, J. (1992). Pseudomemory and age regression: An exploratory study. American Journal of Clinical Hypnosis, 35, 2, 129-137.

Lynn, S., Weekes, J., Milano, M. (1989). Reality vs. suggestion: Pseudo-memory in hypnotizable and simulating subjects. Journal of Abnormal Psychology, 95,137-144.
Orne, M. T. (1979). The use and misuse of hypnosis in court. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 7, 311-341.
Scheflin, A., Shapiro, J. (1989). Trance on trial. New York: Guilford.
Sheehan, P., Grigg, L. (1985). Hypnosis, memory and the acceptance of an implausible cognitive set. British Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 3, 5-12.
Sheehan, P., McConkey, K. (1993). Forensic hypnosis: The application of ethical guidelines. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s.719-738). Washington, DC: American Psychological Association.
Sheehan. P., Statham, D., Jamieson, G. (1991). Pseudomemory effects over time in the hypnotic setting. Journal of Abnormal Psychology, 100, 39-44.
Watkins, J. (1989). Hypnotic hypermnesia and forensic hypnosis: A cross-examination. American Journal of Clinical Hypnosis, 32, 2, 71-83.
Yapko, M. (1990). Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis. New York: Brunner/Mazel.
Yapko, M. (1993a, wrzesien/pazdziernik). The seductions of memory. Family Therapy Networker, 17, 5, 30-37.
Yapko, M. (1993b). Are we uncovering traumas or creating them?: Hypnosis, regression, and suggestions of abuse. W: L. Vandercreek, S. Knapp, T. Jackson (red.), Innovations in clinical practice: A source book (t. 12, s. 519-527). Sara-sota, FL: Professional Resource Press.
Yapko, M. (1994a). Suggestibility and repressed memories of abuse: A survey of psychotherapists beliefs. American Journal of Clinical Hypnosis, 36,163-171.
Yapko, M. (1994b). Suggestion of abuse: True and false memories of childhood sexual trauma. New York: Simon & Schuster.

Глава 23

СОПРОТИВЛЯЯСЬ СОПРОТИВЛЕНИЮ

Большая часть литературы, описывающей клинический гипноз, была посвящена вопросу сопротивления клиента. Сопротивление принималось обычно за проявление сил, защищающих клиента от конфликта в его психике. Преодоление сопротивления и было "верным" лечением. Первым шагом здесь было признать существование дилеммы, потом следовала попытка открыть ее происхождение и функцию и наконец совместная работа клиента и терапевта при уничтожении препятствия. С такой перспективы сопротивление всегда признавалось проблемой клиента, исполняющей функцию психического защитного механизма, который требует анализа и

интерпрерации. Если клиент был помехой в терапии, вину сваливали на него как на саботажника, обвиняя в том, что он "открыто настроен против перемен" или же "слишком ригиден и не способен достичь успеха".
В реальности сопротивление это сила, противостоящая реализации цели терапии. Уже давно ее признали интегральным и неизбежным элементом процесса терапии и практически все известные мне терапевтические техники располагают более или менее подобными способами распознавания этой проблемы, различаясь лишь описанием его причин, методами проявления и способами борьбы с препятствиями.
Определяя сопротивление как силу, противодействующую реализации целей терапии, мы не обвиняем в его возникновении ни терапевта ни клиента. Вместо того чтобы принять, что люди, по своей воле ищущие помощи, от нее же и отказываются (контакты с принудительно лечащимися сильно отличаются), практичнее будет взглянуть на сопротивление, как на поступающую от клиента информацию об ограничениях, возникающих в его контактах с окружающим миром (частью которого является терапевт). Другими словами, сопротивление не будет нераздельной частью клиента, а скорее указателем ограничений, за которые клиент не может выйти. Вместо того, чтобы говорить о чьей-то вине, необходимо эти
175
указания принять, как ценную информацию о том, как данный человек воспринимает сам себя.
На основе этой общей концепции, сопротивление не обязательно означает бессознательный саботаж со стороны клиента. Часто проблема состоит в том, что человек, которого лечат, решает просто не реагировать на внушение желаемым образом. Так происходит по множеству различных причин, имеющих однако общую черту: внушение не подстроено к опыту клиента или даже находится с ним в полном отрицании. Сопротивление можно понимать как интерперсональную декларацию того, что примененные стратегии и психотерапевтические действия, с определенной точки зрения, неприемлемы для клиента.
Это необыкновенно реальная сила, касается обоих основных элементов лечения и поэтому может возникнуть сопротивление по отношению к формальному гипноза и\или продвижению терапии (Brown, Fromm, 1986; Erickson, Rossi, 1979; Grinder, Bandler, 1981; Yapko, 1984).

СОПРОТИВЛЕНИЕ ГИПНОЗУ

Источников сопротивления гипнозу может быть множество. К самым распространенным относится страх, перед тем, что может произойти во время гипнотического сеанса. Клиент, обладающей фальшивой информацией о природе гипнотического опыта, имеет право на определенное беспокойство.
Сопротивление гипнозу также возникает иногда от прежних неудач, связанных с гипнозом, личных или известных по опыту других достоверных людей. Иногда его вызывают негативные чувства по отношению к терапевту (что подчеркивает важность терапевтического контакта). Влияние оказывают также ситуационные факторы, такие как ближайшее окружение, настроение и состояние здоровья клиента и даже погода.
Однако, в основном сопротивление возникает из характера внушения и особенно уровня его подстройки к опыту клиента. Навязывание клиенту арбитральных внушений, чтобы ощутить то, что вы считаете необходимым (как например поднятие руки) и что не имеет большой связи с тем, чего он сам хочет, будет хорошим исходным пунктом для отказа от внушения (Erickson, Rossi, 1981;
176
Fezler, 1986; Haley, 1973; Hilgard, 1991; Levitan, Jevne, 1986; Lynn, Rhue, 1991).

СОПРОТИВЛЕНИЕ ПРОДВИЖЕНИЮ ТЕРАПИИ

Сопротивление по отношению к целям терапии демонстрирует значительное сходство с динамикой сопротивления гипнозу.
Источников сопротивления результатам терапии может быть множество. Размещенные в психике клиента конфликты могут вызывать блокады, то есть амбивалентность, детально описанную в, психодинамически ориентированных публикациях.
Возникновение сопротивления такого типа можно также связывать с типом интервенции, если она охватывает стратегию действий, которые клиент не в состоянии принять. Кроме того такое сопротивление может иногда проявиться, когда терапевт работает в темпе более быстром или более медленном, нежели тот, который предпочитает клиент. Также случается, что источником сопротивления может стать негативное отношение к терапевту или наоборот романтические чувства, возносящие его на пьедестал с которого он наверняка свалится. Значение имеют также ситуаци-

онные факторы, куда входят окружающие условия, привычки, состояние здоровья клиента и т.д. Должно быть очевидным, что все эти условия влияющие на успешность гипноза, всего лишь элементы, более широкой терапевтической перспективы (Booth, 1988; deShazer, 1984, Watzlawick, 1978; Zeig, 1980).

В РЕАКЦИИ НА СОПРОТИВЛЕНИЕ

Способ поведения в контактах, в которых проявляется "сопротивление", это конечно результат, принятой терапевтом концепции. Ваше определение сопротивления и ответственного за него, решает признаете ли вы его чертой клиента или терапевта (например Бэндлер и Гриндер [1979] категорически заявили, что сопротивления нет, а есть лишь плохие терапевты), или же результат интеракции их обоих.

Признание сопротивления важной информацией о клиенте позволяет избежать обвинения одной из сторон терапевтического союза (Erickson, 1959, 1964, 1965). Необходимо пользоваться фор-

177

мулой "принять и использовать". В практике она состоит в принятии реакции клиента обоснованной и верном применении ее для дальнейших внушений.

Признание реакции клиента обоснованной позволяет применить ее в виде основы дальнейших действий. Таким образом, сопротивление определяется как нечто, подтверждающее желание сотрудничать. А если терапевт любое поведение клиента, принимает за доказательство желания сотрудничать, то где будет сопротивление? Нахождение способа, благодаря которому можно признать нежелаемое поведение человека ценным, может надолго изменить чувства, вызываемые им.

Чтобы реакция терапевта на сопротивление стала принятием его поведения и отсутствием желания к конфронтации, необходима большая гибкость и уважение к интегральное™ другого человека. Гибкость связана с умением находить различные пути, ведущие к цели, чтобы не приходилось тянуть клиента к ней силой. Это означает готовность к дополнительным усилиям, чтобы действовать на уровне клиента, вместо того чтобы требовать от него подстроиться к вашим принципам или ожидать этого. Гибкость это также такое отношение к целям и процедурам, которое допускает исключительные, индивидуальные реакции (Dolan, 1985; Erickson, Rossi, 1979, 1981; Erickson, Rossi, Rossi, 1976; Gilligan, 1987; Hammond, 1990).

ИТОГ

Сопротивление переменам это основная черта людей. Большую часть жизни мы посвящаем созданию ритуализированного образца поведения, так чтобы тратить как можно меньше физической и психической энергии. А когда нам уже удается создать такой образец, мы жалуемся, что стоим на месте.

Сопротивление не всегда проявляется способом, который можно заметить (иногда оно неосознанно и утонченно) и не всегда его можно использовать для проведения изменений. Некоторые клиенты просто не могут измениться, другие — лишь слегка. Данная глава имела своей целью представить концепцию, согласно которой эта проблема обычно не является интерперсональной проблемой, возникающей от бесчувственного авторитарного подхода.

178

Другие случаи ее проявления связаны с недооценкой роли симптома в жизни человека. Когда терапевт будет в состоянии найти в лабиринте дорог единственно верную, исходя из реакции клиента, успешной будет большая часть терапии.

ЛИТЕРАТУРА

Handler, R., Grinder, J. (1979). Frogs into princes. Moab, UT: Real People Press.

Booth, P. (1988). Strategic therapy revisited. W: J. Zeig, S. Lankton (red.). Developing Ericksonian therapy: State of the art. (s. 39-58). New York: Brunner/Mazel.

Brown, D., Fromm, E. (1986). Hypnotherapy and hypnoanalysis. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

deShazer, S. (1984). The death of resistance. Family Process, 23, 79-93.

Dolan, Y. (1985). Apath with a heart: Ericksonian utilization with resistant and chronic clients. New York: Brunner/Mazel.

Erickson, M. (1959). Further clinical techniques of hypnosis: Utilization techniques. American Journal of Clinical Hypnosis, 2, 3-21. s

Erickson, M. (1964). The burden of responsibility in effective psychotherapy. American Journal of Clinical Hypnosis, 6, 269-271.

Erickson, M. (1965). The use of symptoms as an integral part of hypnotherapy. American Journal of Clinical Hypnosis, 8, 57-65.

Erickson, M., Rossi, E. (1979). Hypnotherapy: An exploratory casebook. New York: Irvington.

Erickson, M., Rossi, E. (1981). Experiencing hypnosis. New York: Irvington. Erickson, M., Rossi, E., Rossi, S. (1976). Hypnotic realities. New York: Irvington.
Fezler, W. (1986). Clients who cant concentrate or who become more anxious during induction. W: B. Zilbergeld, M. Edelstein, D. Araoz (red.), Hypnosis: Questions and answers (s. 132-134). New York: Norton.
Gilligan, S. (1987). Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy. New York: Brunner/Mazel.
Grinder, J., Bandler, R. (1981). Trance-formations: N euro-Linguistic Programming and the structure of hypnosis. Moab, UT: Real People Press.
Haley, J. (1973). Uncommon therapy. New York: Norton.
Hammond, D. (red.). (1990). Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York: Norton.
Hilgard, E. (1991). A neodissociation interpretation of hypnosis. W: S. Lynn, J. Rhue (red.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (s. 83-104). New York: Guilford.
Johnson, L. (1988). Naturalistic techniques with the „difficult" patient. W: J. Zeig, S. Lankton (red.), Developing Ericksonian therapy: State of the art (s. 397-413). New York: Brunner/Mazel.
179
Levitan, A., Jevne, R. (1986). Patients fearful of hypnosis. W: B. Zilber-geld, M. Edelstein, D. Araoz (red.), Hypnosis: Questions and answers (s. 81-86). New York: Norton.
Lynn, S., Rhue, J. (1991). An integrative model of hypnosis: W: S. Lynn, J. Rhue (red.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (s. 397-438). New York: Guilford.
Watzlawick, P. (1978). The language of change. New York: Basic Books.
Yapko, M. (1984). The implications of the Ericksonian and Neuro-Linguistic Programming approaches for responsibility of therapeutic outcomes. American Journal of Clinical Hypnosis, 27, 137-143.
Zeig, J. (red.). (1980). A teaching seminar with Milton H. Ericson, M.D. New York: Brunner/Mazel.
180

Глава 24

РИСК СВЯЗАННЫЙ С ГИПНОЗОМ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

В главе, описывающей ошибочные представления о гипнозе, коротко рассматривается потенциальный вред гипнотического лечения. Там я обратил внимание на то, что гипноз это инструмент, а не терапия и он может быть применен умело или неумело — нанося вред клиенту. Это накладывает на терапевта полную ответственность сохранения осторожности и чувствительности во время применения гипнотических техник.

Благодаря гипнозу, дающему более непосредственный контакт с бессознательным гипнотизируемого и происходящими в его сознании процессами, терапевт получает шанс проникнуть во внутренний мир клиента. Если он не почувствует сильных спровоцированных эмоций (что обычно называют "отреагированием"), то может вызвать у клиента эмоциональную опасность уже не говоря о потере шанса на излечение. Если терапевт не чувствует себя свободно, имея дело с сильными эмоциональными ассоциациями, иногда вызываемыми гипнотическим опытом, который должен был успокаивать, у него будет два выхода: он может привыкнуть к ним или избегать действий явно эмоционального характера (таким образом проводить терапию в чисто интеллектуальном ключе).

В этой главе я хочу описать некоторые возможные и неожиданные реакции на гипноз, какие заставляют относиться уважительно к его силе, как инструмента психотерапии.

Прежде чем вы начнете представлять невысказанные страхи, разрешите мне рассказать вам о двух взаимосвязанных вопросах. Во первых, если вы уважаете интегральность своего клиента, то избежите всевозможных ловушек, во вторых если вы заметите, что благодаря правильному управлению высвобожденными эмоциями, отреагирование может иметь огромную терапевтическую ценность, то поймете, что бояться нечего. Это конечно не означает, что нужно предлагать отреагировать, но нужно лишь видеть в этом
181
открытую дверь, дающую доступ к необыкновенно полезному лечебному опыту.

Само состояние гипноза не связано ни с какими опасностями. Все трудности возникшие в период гипнотического опыта это последствия ассоциаций, спровоцированных элементами коммуникации, проявившимися во время интеракции. Я имею в виду отношения терапевта и клиента, выбранный стиль контакта, определенное содержание внушения, ситуационные переменные и, что самое важное, внутреннюю коммуникацию клиента (Frauman, Lynn, Brentar, 1993; Judd, Burrows, Dennerstein, 1985; MacHovec, 1986).

Во время необдуманного применения гипноза источником проблем может стать любая потенциальная трудность, которые я представляю ниже вместе со способами их решений.

ЗАМЕНА СИМПТОМОВ

Одним из самых частых аргументов против применения гипноза является возможность проявления замены симптомов, которая состоит в возникновении нового симптома, не исключено что худшего, на месте старого, ликвидированного во время лечения. Чтобы обвинить гипноз в такой потенциальной опасности, необходимо его воспринимать как лечение симптомов в отличие от более динамического метода, занимающегося скрытыми причинами. Динамическая теория гласит, что психическая энергия, связанная внутренним конфликтом, высвобождается в виде возникновения симптома — выходом энергии. Когда этот "выход" убирают, энергии приходится направиться в иную сторону, что вызывает новый симптом. Другие "симптоматические" подходы, особенно бихевиоризм, встречаются с подобными обвинениями.

В случае гипноза может иметь место, определенного рода искривление его смысла, которое осложняет защиту от таких обвинений. Ведь гипноз можно использовать лишь симптоматично (примером служит стандартная техника). Добавлю, что по моему мнению его слишком часто используют именно так частично из-за отсутствия правил, регулирующих формальное изучение и компетентное проведение гипноза. Некомпетентные люди, непонимающие принципов, представленных в данной книге, и в этой главе в

особенности, могут применить непосредственные внушения, направленные на избранный симптом. Если они не поймут роли динамики симптомов в жизни данного человека, то неожиданным и нежелаемым результатом такого действия может стать замена симптомов.

Такое искривление основано на том, что хотя гипноз можно применить в лечении почти исключительно симптоматическом, сила гипноза берется от возможности применения его более конкретным образом, поскольку благодаря ему можно войти в контакт с лежащими у основ симптома силами и результатами их воздействия. Именно такой подход я поддерживаю в этой книге, рассматривая многочисленные вопросы и концепции, связанные с ответственным использованием клинического гипноза (Rosen, 1960; Spiegel, Spiegel, 1987; Weitzenhoffer, 1989).

СЛОЖНОСТИ С ОТМЕНОЙ ВНУШЕНИЙ

Часто опасения, с какими обращаются мои студенты это страх того, что им не удастся в соответствующий момент отменить внушение. Что случиться если терапевт, занятый работой (формулировкой значащих внушений и одновременным внимательным наблюдением и использованием реакции клиента), забудет отменить внушение?

Решение этой, кажущейся важной дилеммы, относительно просто. Внушения отдельных гипнотических реакций характерны для состояния гипноза. Другими словами, они действуют пока данный человек находится в гипнотическом состоянии. Нет возможности перенести, вызванные гипнозом реакции в "нормальное" состояние клиента иначе, нежели с помощью соответствующих внушений. Напоминаю, что именно это и есть основная цель постгипнотических внушений — дать возможность проявиться реакциям, вызванным гипнозом в ином контексте. Без действия постгипнотических внушений (со стороны самого клиента или терапевта), какие переносят конкретное поведение на другую ситуацию, данная реакция остается лишь чем-то забавным, что можно наблюдать во время гипноза. Таким образом, если завершая гипнотический процесс, терапевт забудет отменить ранее данные внушения, скорее всего они пропадут сами собой после выхода из гипноза. В исклю-

чительном случае, когда клиент подвержен внушению, какое не было задумано как постгипнотическое, вероятнее всего он сам дал себе соответствующее постгипнотическое внушение. В случае необходимости можно повторить индукцию и убрать внушение (Brentar, Lynn, Carlson, Kurzhals, 1992; Kleinhauz, Beran, 1984; Orne, 1965;Weitzenhoffer, 1989).

СПОНТАННАЯ РЕГРЕССИЯ И ОТРЕАГИРОВАНИЕ

Термины "спонтанная регрессия" и "отреагирование" не синонимы. Они однако так сильно связаны друг с другом, что я решил описать их вместе. Спонтанная регрессия это опыт, вытесненных ранее ощущений, которые пробиваются в сознание. Отреагирование было ранее определено в данной главе как проявление подавленных эмоций. Оба явления являются элементами той часто неожиданной игры, делающей из гипноза такой мощный инструмент. Даже во время действия, кажущегося таким простым, как обычная процедура релаксации, некое примененное вами слово или образ, связанные с воспоминанием большого эмоционального гнета,

могут поразить клиента, вызывая чувство резкой боли, страдания или злости.
Спонтанная регрессия неприятного воспоминания указывает на некое незавершенное дело, на опыт требующий выяснения. Иногда вытеснение так сильно, что это остается вне сознания даже в течении гипноза, а после завершения гипнотического процесса клиент жалуется на головную боль или подобные недомогания.
Даже очень опытный терапевт не способен предвидеть, какие неразорвавшиеся бомбы ожидают разминирования в бессознательном больного во время терапии или гипноза. Каждый человек владеет собственным неповторимым опытом, проявляя лишь ему свойственную чувствительность на определенные слова или ощущения. Одно слово, нейтральное по отношению к одному челове-ку, у другого способно вызвать резкую реакцию. Из этого следует что, шанс того что вы не встретите отреагирования невелик. Некоторые терапевты целенаправленно вызывают такую реакцию с помощью чего-то вроде "психологического вуяеризма", принимая игру чувств необходимой с терапевтической точки зрения и очень зрелищной.
184
Отреагирование может проявляться многими способами например плачем, гипервентиляцией, дрожью всего тела (или его частей), истерическим монологом, преждевременным выходом из гипноза, галлюцинациями, аутичным раскачиванием. Такие типы поведения — явное доказательство того, что отреагирование наступило, но необходимо подходить к ним осторожно и с чувством. Первая и самая важная вещь о какой нельзя забывать это попросить клиента описать свой опыт. Дайте защитные внушения и применяя формулу "акцептации и использования" помогите загипнотизированному сохранить психическое равновесие. Больной поделился с вами определенной информацией и глупо не использовать этот момент. Не сдерживайте отреагирования, а помогите клиенту обрести новый взгляд на всю ситуацию. Ведь именно для этого и существует терапия. Вы не в состоянии изменить прошлого, но можете изменить отношение клиента к нему.
Примените успокаивающие внушения, даже если реакция клиента будет совершенно неожиданной, то вы уже знаете — нужно ждать сюрпризов. Говорите голосом уверенным и спокойным. Обычно лучшее, что вы можете предпринять это применить гипноз для выяснения и завершения дела. Даже если прошло время, отведенное для конкретного клиента, ваша ответственность за него не заканчивается. Вы должны быть уверены в том, что этот человек обрел контроль над собой.
Если гипнотизируемый выявит информацию с которой, по какой-то причине вы не можете справиться, вы должны позаботиться о том, чтобы он попал к подходящему специалисту (Crasilneck, Hall, 1985; Feldman, 1985; Hammond, 1990; Kroger, 1977; Spiegel, Spiegel, 1987; Spiegel, 1993; Yapko, 1992).

ПРОБЛЕМЫ ЭТИКИ

Представленные трудности, которые могут возникнуть во время проведения гипноза, косвенно указывают на необходимость формального образования терапевта в области динамики человече-ского поведения, проявления уважения к интегральности каждого человеческого существа и обретение знаний о собственных ограничениях, осложняющих планирование терапевтических интервенций.
185
Как терапевтом вами должно руководить лишь благо ваших клиентов, а свое понимание человеческой природы и способность интерперсонального воздействия необходимо использовать творчески. В связи с вышесказанным, этические вопросы я представлю в сокращении.
1. Главное — помогать, а не вредить. Если вы чувствуете, что по каким-то причинам не можете правильно вести работу с конкретным человеком или представленной проблемой, честно решите, не было бы лучше передать клиента кому-то другому. И в случае необходимости сделайте это.
2. Долг терапевта учиться, а не хвастаться. Гипноз годиться для обоих этих целей, я однако надеюсь, что гипнотические явления, индукции которым вы обучаетесь, будут применены и\или продемонстрированы исключительно в клинических или учебных условиях.
3. Старайтесь как можно точнее определить свои отношения с клиентом, а также тип интервенции, ее время, цену, цели, принципы оценки и т.д. Включение в это клиента и объяснение ему определенных вопросов, конечно положительно повлияет на ваши отношения.
4. Не завышайте и не принижайте свою компетенцию. Человеческие проблемы относятся к исключительно сложным и их нельзя свести к книжным формулировкам. Когда вы осознаете, что слишком мало знаете некую проблему, необходимо передать клиента тому, кто сможет ему

помочь.
5. Иногда лучшим выходом вы посчитаете неверно проинформировать клиента и\или применить косвенные техники. Будьте осторожны — эти методы могут помочь клиенту, но могут подействовать как часовая бомба. Старательно обдумайте свою методику и приготовьте другой вариант для каждого ее элемента.
6. В случае необходимости воспользуйтесь помощью соответственно подготовленных специалистов. Например, если вы сами не является врачом широкого профиля, при работе с симптомами органического происхождения вы должны иметь соответствующую медицинскую под-
186
держку. Занятия медициной (психологией, диетологией и т.п.) без диплома или необходимых знаний совершенно безответственно.

Еще раз напоминаю, ни в коем случае не выходить за границы своей компетенции. Применение гипнотических техник без соответствующей базы потенциально опасно, а нанести травму пациенту из-за собственного незнания непростительно (Frauman, Lynn, Brentar, 1993; Gravitz, Mallet, Munyon, Gerton, 1982; Sheehan, McConkey, 1993;Steere, 1984; Wall, 1991; Zeig, 1985).

ИТОГ

Концепции и техники, представленные в этой главе, относятся к важнейшим во всей книге. Я надеюсь, что они помогут вам стать весьма чувствительными к вопросам ответственного проведения гипноза.

Гипноз может быть весьма ценными инструментом, а его применение в медицине будет тем шире, чем большее понимание продемонстрируют терапевты, занимающиеся этой методикой.

ЛИТЕРАТУРА

Brentar, J., Lynn, S., Carlson, B., Kurzhals, R. (1992). Controlled research on hypnotic aftereffects: The post-hypnotic experience questionnaire. W: W. Bon-gartz (red.), Hypnosis: 175 years after Mesmer (s. 179-201). Konstanz, Germany: University of Konstanz Press.

Crasilneck, H., Hall, J. (1985). Clinical hypnosis: Principles and applications. Orlando: Grune & Stratton.

Feldman, S. (1985). Abreaction revisited: A strategic and interpersonal perspective. W: J. Zeig (red.), Encksonianpsychotherapy, 1.1, Structures (s. 338-358). New York: Brunner/Mazel.

Frauman, D., Lynn, S., Brentar, J. (1993). Prevention and therapeutic management of „negative effects" in hypnotherapy. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 95-120). Washington, DC: American Psychological Association.

Gravitz, M., Mallet, J., Munyon, P., Gerton, M. (1982). Ethical considerations in the professional applications of hypnosis. W: M. Rosenbaum (red.), Ethics and values in psychotherapy: A guidebook, New York: Free Press.
187
Hammond, D. (red.). (1990). Handbook of suggestions and metaphors. New York: Norton.

Judd, F., Burrows, G., Dennerstein, L. (1985). The dangers of hypnosis: A review. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, /3,115.

Kleinhauz, M., Beran, B. (1984). Misuse of hypnosis: A factor in psycho-pathology. American Journal of Clinical Hypnosis, 26, 283-290.

Kroger, W. (1977). Clinical and experimental hypnosis. Philadelphia: Lippincott.

MacHovec, F. (1986). Hypnosis complications: Prevention and risk management. Springfield, IL: C.C. Thomas.

Orne, M. (1965). Undesirable effects of hypnosis: The determinants and management. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 13, 226-237.

Rosen, H. (1960). Hypnosis: Applications and misapplications. Journal of the American Medical Association, 17, 5, 976-979.

Sheehan, P., McConkey, K. (1993). Forensic hypnosis: The application of ethical guidelines. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 719-738). Washington, DC: American Psychological Association.

Spiegel, D. (1993). Hypnosis in the treatment of post-traumatic stress disorders. W: J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (red.), Handbook of clinical hypnosis (s. 493-508). Washington, DC: American Psychological Association.

Spiegel, H., Spiegel, D. (1987). Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steere, J. (1984). Ethics in clinical psychology. London: Oxford University Press.

Wall, T. (1991). Ethics - The royal road to legitimacy. American Journal of Clinical Hypnosis, 34, 73-78.
Weitzenhoffer, A. (1989). The practice of hypnotism (t. 2). New York: John Wiley & Sons.
Yapko, M. (1992). Hypnosis and the treatment of depressions. New York: Brunner/Mazel.
Zeig, i. (1985). Ethical issues in hypnosis: Informed consent and training standards. W: J. Zeig (red.), Ericksonian psychotherapy, 1.1, Structures (s. 459-473). New York: Brunner/Mazel.
188

Глава 25

УГЛУБЛЯЯСЬ В ГИПНОЗ

Не знаю, кто впервые заметил, что "чем больше знаешь, тем лучше начинаешь понимать, как мало знаешь". Кто бы это ни был, я думаю он не имел в виду гипноз. Видимо нет, но все равно, это высказывание может стать отличным комментарием исследований гипноза. Я надеюсь, что читая эту итоговую главу, вы уже открыли богатство и сложность гипноза как инструмента коммуникации.

Люди, профессионально работающие с клиническим гипнозом, чувствуют сильное раздражение, замечая что те кто слабо знаком с гипнозом, даже хуже чем тот кто прочитает эту книгу, где данная область описана сокращенно, оказывают услуги без соответствующей квалификации. Еще одна проблема терапевтов — понимание того, что многие прошедшие курсы гипноза, не применяют полученные навыки и вследствие этого быстро забывают их. По моему, в то время, когда практика гипноза ограничивалась ритуализированными и поглощающим множество времени техниками, этот инструмент лишь в небольшой степени демонстрировал свою пользу и возможности. Я также верю, что по мере того, как гипноз превращается из обыкновенного фокус-покус в модель сознательной и успешной коммуникации, все большее количество специалистов включит гипнотические техники в свой репертуар. Превращение читателей данной книги в "формальных гипнотизеров" не было и не является моей целью. Я скорее хотел ввести читателей в динамичную и развивающуюся область, являющуюся инструментом, дающим возможность углубиться в психику человека. Даже если вы никогда не проводили формальной гипнотической индукции, я думаю, что вам придется глубоко задуматься, прежде чем вы скажете нечто подобное: "Не думайте о ваших проблемах". Я надеюсь что благодаря этому введению, возможности, которые предлагает гипноз, заинтригуют вас настолько, что заставят вас углубить знания на эту тему. Существует множество способов этого достичь.

189

Тему клинического гипноза описывают множество книг и публикаций. Бесценным источником, из какого можно черпать знания о большинстве новейших концепций и техник, применяемых в профессиональной практике, являются журналы, посвященные гипнозу. Невозможно переоценить чтение новейшей литературы, как и ценность тренинга, основанного на опыте.

В заключение мне хотелось бы добавить, что мне тяжело оценить, в достаточной ли степени я передал свое уважение и восхищение гипнозом. Меня много раз порывало добавить множество дополнительной информации к каждой из представленных здесь тем, однако я чувствовал что должен сохранить интегральность текста как вводного пособия. О сознании человека, его личности, способности к коммуникации и о гипнозе можно еще многое сказать. Наше понимание данной темы постоянно растет, а знание об этом, кажется, не имеет границ. Я надеюсь, что вы найдете множество способов с пользой претворять возможности, предоставляемые гипнозом.

190

ОГЛАВЛЕНИЕ

191

Изд. лиц. ИД № 05586 от 10.04.2001.
Подписано в печать 15.11.2001. Формат 60x88 1/16.
Печать офсетная. Бумага газетная. Печ. л. 12,0
Тираж 3000 экз. Заказ 8192
Информационно-внедренческий центр «Маркетинг» 129347, Москва, Ярославское шоссе, д. 142, к. 89
Отпечатано с готовых диапозитивов
в Производственно-издательском комбинате ВИНИТИ,
140010, г. Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т, 403.
Тел. 554-21-86
ISBN 5-7856-0252-0
9785785 602526

Текст взят с психологического сайта http://www.myword.ru